

Pädagogische Hochschule Ludwigsburg /
Evangelische Hochschule Ludwigsburg

Frühkindliche Bildung und Erziehung

Bachelor of Arts

Bachelorarbeit

Wintersemester 2015/2016

Kinder psychisch kranker Eltern
unter besonderer Berücksichtigung von
Alkoholabhängigkeit (ICD 10) -
ein Leben zwischen belastender kindlicher Entwicklung und
mobilisierten Resilienzkräften

2. Februar 2016

Erstprüfer/in: Prof. Dr. J. Thomas Hörnig
Zweitprüfer/in: Dipl.- Päd. Stefanie Faigle

Sandra, Lohrer

Matr. Nr.: 4636463

Hohenheimerstr. 40/ 70184 Stuttgart

„Bewahre mich vor dem naiven Glauben, es müsse im Leben alles gelingen. Schenke mir die nüchterne Erkenntnis, dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen.“ Antoine de Saint-Exupéry

Einleitung	1
Kapitel 1: Begriffsbestimmung	2
1.1 Psychische Störungen	2
1.2 ICD 10/F10: Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	4
Kapitel 2: Alkoholabhängigkeit der Eltern - eine große Belastung für die kindliche Entwicklung	6
2.1 Einblick in das Krankheitsbild	6
2.1.1 Definition von Sucht	6
2.1.2 Überblick über den Verlauf der Krankheit	7
2.1.3 Aktualität des Themas	8
2.2 Bedeutung und Auswirkungen für die Familie	9
2.2.1 Co-Abhängigkeit	9
2.2.2 Situation der Kinder	10
2.3 Belastungsfaktoren für die kindliche Entwicklung	11
2.3.1 Genetische Faktoren	12
2.3.2 Kindeswohlgefährdung durch die Krankheit	14
2.3.3 Bindungsqualität zwischen Eltern und Kindern in diesen Familien	16
2.3.4 Folgen der Sucht für die kindliche Entwicklung	18
Kapitel 3: Resilienz-die psychischen Widerstandsfähigkeit des Kindes	20
3.1 Definition Resilienz	21
3.2 Das Resilienzkonzept	21
3.2.1 Merkmale der Resilienz	22
3.2.2 Resilienzfaktoren:	24
3.3 Darstellung empirischer Resilienzforschungen	25
3.3.1 Die Kauai- Längsschnittstudie (Werner & Smith)	26
3.3.2 Die Mannheimer-Risikokinderstudie (Laucht et al.)	29
3.3.3 Fazit aus den beiden Studien	31
3.4 Risiko- und Schutzfaktoren	32
3.4.1 Merkmale des Risikofaktorenkonzepts	32
3.4.1.1 Vulnerabilität	32
3.4.1.2 Risikofaktoren/Stressoren	33
3.4.2 Schutzfaktorenkonzept	35
3.4.2.1 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	36
3.4.2.2 Bindung als besonderer Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern	38
3.4.3 Das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren	39

3.4.4 Alkohol und Resilienz: Challenge-Modell nach Wolin & Wolin (1995).....	41
Kapitel 4: Kinder in ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit fördern: Umsetzung in der Kindertagesrichtung	43
4.1 Präventionsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen.....	43
4.1.1 Wichtige Präventionsformen und Ziele im Zusammenhang mit Resilienz....	44
4.1.1.1 Drei Schlüsselstrategien der Prävention	45
4.2 Kindertageseinrichtungen als Schutzfaktor	45
4.2.1 Resilienzförderung im Kindergartenalltag.....	46
4.2.2 Zusammenarbeit mit Eltern: Elternkompetenzen stärken	47
4.3 Leitfaden der Resilienzförderung nach Grotberg 1995.....	48
4.4 Vorstellung verschiedener Präventionskonzepte	49
4.4.1 „ECHT STARK!- ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern“	51
Kapitel 5: Abschließende Worte	53
Kapitel 6: Abbildungsverzeichnis	56
Kapitel 7: Literaturverzeichnis	62
7.1 Bücher.....	62
7.2 Internet Quellen.....	66
Verbindliche Versicherung	

Einleitung

Jeden Tag durchleben Kinder Situationen in ihrem Leben, die sie schwer belasten oder traumatisieren und dennoch gehören Hindernisse und Krisen, die uns herausfordern zu unserem Leben dazu. Es lässt sich nicht vermeiden, dass Kinder in ihrer Entwicklung auf Situationen, Menschen oder familiäre Rahmenbedingungen stoßen, die nicht förderlich für ihre Entwicklung sind. Es ist verständlich, dass diese Lebenskrisen auch negative Folgen für die Kinder mit sich bringen. Und dann gibt es auch sie- die Kinder, die sich trotz widriger Umstände positiv entwickeln und hingegen anderer Leidensgenossen, gestärkt aus diesen Situationen heraustreten. Die vorliegende Arbeit mit dem Thema *„Kinder psychisch kranker Eltern unter besonderer Berücksichtigung von Alkoholabhängigkeit (ICD 10) - ein Leben zwischen belastender kindlicher Entwicklung und mobilisierten Resilienzkräften“* hat das Ziel aufzuzeigen, dass Kinder sich trotz dieser widrigen Lebensumstände in ihren Familien positiv entwickeln können. In dieser Arbeit wird ein Fokus auf die oft vergessenen Kinder alkoholbelastender Familien gelegt. Wie schaffen es Kinder mit dieser Situation zu Hause zurecht zu kommen, ohne dass sie negative Folgen davon tragen? Welche Ressourcen nutzen oder besitzen diese Kinder? Und wie kann das pädagogische Fachpersonal im Elementarbereich hier unterstützend wirken? Kinder können nicht vor allen negativen Lebensumständen bewahrt werden. Deshalb ist es wichtig, die Kinder soweit vorzubereiten, selbst mit Hindernissen und Schwierigkeiten zurechtkommen und diese positiv bewältigen. Das Phänomen der psychischen Widerstandsfähigkeit, der *Resilienz*, ist immer mehr in den Forschungsmittelpunkt gerückt und hält ebenso Einzug in die pädagogische Praxis. Wie komplex dieses Resilienzkonzept jedoch ist und welche anderen Faktoren hier eine signifikante Rolle spielen, wird oftmals nicht weiter bedacht. In dieser Arbeit wird ein Bezug zum Resilienzkonzept hergestellt und die Komplexität dieses Begriffes erläutert. Für die pädagogische Praxis sind die Ergebnisse der Resilienzforschung bedeutend, da den Fachkräften Anhaltspunkte für die Förderung wichtiger protektiver Faktoren aufgezeigt werden. Somit wird die Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung ebenfalls Inhalt dieser Arbeit sein. Die Motivation, den Fokus auf dieses Thema zu richten, liegt darin, dass die Entwicklung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft immer weiter ansteigt und es auch sehr häufig Kinder mit psychisch kranken Eltern gibt. Diese Kinder finden wir in unseren Kindertageseinrichtungen wieder. Es stellt eine grundlegende präventive Aufgabe für die pädagogischen Fachkräfte dar, Kinder in ihren Ressourcen zu stärken und ihnen zu helfen ihre Resilienzkräfte zu mobilisieren, um beispielsweise das Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern trotz allem gut zu meistern.

Kapitel 1: Begriffsbestimmung

Das dargelegte Verständnis der nachfolgenden Begrifflichkeiten dient als Ausgangspunkt dieser Arbeit.

1.1 Psychische Störungen

Viele Menschen leiden unter psychischen Störungen. In Deutschland belaufen sich die Zahlen auf rund 30% der Erwachsenen, die innerhalb eines Jahres unter psychischen Störungen leiden (vgl.: Lenz; Brockmann 2013, S.13). Trotz dieser hohen Zahl sei der Begriff der psychischen Störung wissenschaftlich nicht eindeutig definierbar (ebd.). Daher gibt es zahlreiche unterschiedliche Versuche, diesen Begriff festzulegen.

„In Anlehnung an das DSM-IV (Apa, 2000; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) lassen sich psychische Störungen definieren als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder einem erhöhtem Risiko zu sterben einhergeht. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser sollte eine verhaltensmäßige psychische oder biologische Funktionsstörung bei den Personen zu beobachten sein.“ (Wittchen & Hoyer 2011, S. 30).

Diese Definition verdeutlicht, wie komplex eine psychische Störung ist und wie viele Bereiche hier betroffen sein müssen, um von einer psychischen Störung zu sprechen. Um festzustellen, ob eine psychische Störung vorliege, müsse auf folgende Punkte geachtet werden. Hierzu zählen die Stärke und die Anzahl der Symptome, das Ausmaß der einhergehenden psychischen, sozialen und leistungsbedingten Beeinträchtigung sowie die Dauer der Symptomatik (vgl.: Lenz & Brockmann 2013, S. 13).

Bauer (et al. 2012, S. 24) definiert eine psychische Störung wie folgt:

„Folgende vier Kernaspekte beeinflussen die Erfahrungen aller Menschen, so auch die psychisch Erkrankter. Die Wahrnehmung, das Denken, die Emotionen und das Verhalten. Diese vier Aspekte sind selbstverständlich mit unserem täglichen Leben verbunden, sie beeinflussen unsere Interaktion mit unserer psychischen und sozialen Umwelt. Im Falle einer psychischen Störung können einzelne oder alle diese Aspekte aus dem Gleichgewicht geraten. Dabei können diese Abweichungen eine Einschränkung oder gar Behinderung gegenüber dem vorherigen Funktionsniveau darstellen. Dies wird teilweise von anderen Menschen als störend empfunden, woraufhin Betroffene wiederum häufig mit

Ängsten, sozialem Rückzug und Isolationsverhalten reagieren. Es kann eine massive Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens erfolgen, einhergehend mit dem Verlust von sozialen Kontakten, Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten.“ (Bauer et al. 2012, S. 24).

Auch diese Bedeutungszuschreibung des Begriffes verdeutlicht, dass es sich um ein komplexes Krankheitsbild handelt. Dennoch sind diese Worte besonders gezielt und prägnant gewählt, sodass die vorliegende Arbeit auf diesem Begriffsverständnis von ‚psychischen Störung‘ nach Bauer basiert.

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (im englischen International Classification of Diseases) (ICD) werden psychische Störungen (ICD-10 Kapitel V(F)) der unterschiedlichsten Formen aufgeführt. Hier werden allgemeine Erläuterungen zu den jeweiligen Formen sowie klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien, welche die Gewichtung und Anzahl der Symptome angeben, beschrieben (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 20). In dem Buch der ICD-10 wird der Begriff ‚Störung‘ gezielt verwendet, um die Begrifflichkeiten wie „Erkrankung“ und „Krankheit“ größtenteils zu meiden.

„Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastungen und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind.“ (ebd. S. 23f.).

Es gibt viele unterschiedliche psychische Störungen. Unter anderem die „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ebd. S. 51), „Neurotische, -Belastungs- und somatoforme Störungen“, hier zählen Zwangsstörungen ebenso wie phobische Störungen dazu (ebd. S. 47). Auch „Schizophrenie und wahnhafte Störungen“ (ebd. S. 43) sowie organische und „andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit“ (Dilling et al. 2008, S. 38f.).

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt auf den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - nach den ICD-10/ F10 Störungen durch Alkohol (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 93). Somit zählt die Suchterkrankung durch Alkohol nach den ICD-10 zu den psychischen Störungen. Auch wenn sie meines Erachtens deutlich von den organisch bedingten psychischen Störungen abzugrenzen ist, da diese Störung erst durch den freiwilligen Konsum von der Substanz Alkohol entsteht und nicht durch eine Fehlfunktion im Gehirn.

1.2 ICD 10/F10: Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol

In den ICD 10/F10 wird die Art des Konsums von Alkohol und dessen Folgen, aufsteigend nach der Schwere der Schädigung aufgeführt. Zum einen gibt es den akuten Rausch, hier auch „akute Intoxikation (F1x.0)“ (Dilling et al. 2008, S. 96) genannt. Dies ist ein temporärer Zustand, der durch die hohe Mengenzufuhr von Alkohol in kurzer Zeit, ausgelöst wird und nach Abbau des Alkohols im Körper wieder nachlässt. Dieses ‚normale‘ und von der Gesellschaft akzeptierte Trinkverhalten, beispielsweise auf Partys oder Geburtstagsfeiern, gilt noch nicht als problematisch. Redewendungen wie „Einen über den Durst trinken“, oder auch „Alkohol ist die beste Medizin“ verdeutlichen, wie tief der Alkohol in unserer Gesellschaft verwurzelt und akzeptiert ist. Symptome für diesen Rauschzustand seien hier: Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, der kognitiven Fähigkeiten und des Affekts (vgl.: Müßigbrodt et al. 2014, S.37). Eine deutliche Steigerung dieses Trinkverhaltens ist dann der „schädliche Gebrauch (F1x.1)“ (Dilling et al. 2008, S. 98). Darunter verstehe man den wiederholten oder länger andauernden Konsum der auch nachweisbar zu Problemen im psychischen, physischen oder psychosozialen Bereich führe (vgl.: Müßigbrodt et.al. 2014, S. 37). Auch das soziale Umfeld würde diesen schädlichen Konsum kritisieren, was zudem unterschiedliche negative Folgen mit sich bringe, wie beispielsweise in der Kommunikation, Ablehnung oder Eheprobleme. Allerdings sei eine akute Intoxikation kein Zeichen für einen schädlichen Gebrauch (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 98). Für diese Diagnose bedarf es körperliche oder psychische Störungen, die aufgrund des vermehrten Konsums auftreten. Unter F1x.2 ist das „Abhängigkeitssyndrom“ (ebd. S. 99) aufgeführt, auch als Alkoholismus bekannt. Ein Hauptcharakteristikum der Abhängigkeit sei der enorme, teilweise übermächtige Wunsch nach der psychotropischen Substanz, in diesem Fall dem Alkohol. Für diese Personen habe der Konsum dieser Substanz Vorrang. Zudem würde deutlich mehr Zeit in die Substanz sowie in die Beschaffung investiert und andere Interessen zunehmend vernachlässigt werden. Dies zeige sich körperlich, im Verhalten und im Denken der Person (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 99). Weitere diagnostische Kriterien seien unter anderem: der innere Zwang diese Droge zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit über die Menge, den Beginn und die Beendigung des Trinkens und ein verändertes Trink- und Verhaltensmuster, beispielsweise wenn der Alkohol in gleicher Weise unter der Woche, wie am Wochenende konsumiert werde. Zudem sei ein körperliches Entzugssyndrom bei Abstinenz ein Indikator für die Abhängigkeit. Das „Entzugssyndrom (F1x.3)“ (ebd. S. 101) sei zeitlich begrenzt und unterscheide sich je nach konsumierter Substanz. Bei Alkohol seien diese Symptome häufig: Zittern, Schwitzen oder auch ein erhöhter Blutdruck (vgl.: Müßigbrodt et al. 2014, S. 38).

Psychische Störungen, die häufig ein Merkmal des Entzugssyndroms seien, könnten unter anderem Depressionen, Angst und Schlafstörungen sein (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 101). In den ICD 10/F10 werden hierzu noch weitere Auswirkungen des hohen Alkoholkonsums auf den Körper und die Psyche dargelegt. Ein kleiner Einblick sollte für diesen Rahmen der Arbeit ausreichen. F1x.4 ist das „Entzugssyndrom mit Delir“ (ebd. S. 102). Ein toxischer durchaus auch lebensbedrohlicher Verwirrheitszustand, der ebenfalls mit somatischen Störungen einhergehe. Hierzu zähle Unruhe, Angst, Wahnvorstellungen, Zittern und andere Symptome. Das Delir würde meist nach einem Entzug bei langjährigen Alkoholabhängigen Menschen auftreten (vgl.: ebd. S. 102). „[P]sychotische Störungen (F1x.5)“ (ebd.) würden sich direkt nach oder während dem Substanzgebrauch bemerkbar machen, wie lebhaft Halluzinationen meist akustischer Art, oftmals aber auch auf mehreren Sinnesgebieten. Ebenso können psychomotorische Störungen, wie Erregung, intensive Angst bis hin zur Ekstase auftreten. Dies komme jedoch eher selten vor (vgl.: ebd. S.102). Es wird noch das „amnestische Syndrom (F1x.6)“ (ebd. S104) beschrieben. Hier werde durch die enorme Zufuhr von Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg das Kurzzeitgedächtnis chronisch beschädigt. Auch das Langzeitgedächtnis sei teilweise betroffen (ebd.). Als letzten Punkt wird der „Restzustand und verzögert auftretende psychische Störung (F1x.7)“ (ebd. S.105) geschildert. Dies beschreibe eine Störung, die auch nach der eigentlichen Wirkungsdauer der Substanz anhalte und darüber hinaus Veränderungen der Persönlichkeit, der kognitiven Fähigkeiten, des Affekts oder des Verhaltens bewirke (vgl.: Dilling et al. 2008, S. 105f.).

Aufgrund der aufgeführten unterschiedlichen Definitionen von psychischen Störung sowie das Aufzeigen der Symptomatik bezüglich der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol wird deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit eine psychische Störung darstellt, die durch den langandauernden, schädlichen Konsum dieser Substanz verursacht wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alkoholabhängige Menschen durch die Zufuhr der Substanz Alkohol, ein normabweichendes Verhalten aufzeigen. Normabweichend, da unter anderem die Menge des Alkohols den Normalbedarf bei Weitem übersteigt, sich aber auch das Verhalten, Erleben und Denken dieser Menschen nur noch um die Droge drehen: „Wie kann ich den Stoff beschaffen? Wo trinke ich, dass es niemandem auffällt? Wie soll ich das noch bis zum Feierabend aushalten?“ Unruhe macht sich breit sowie eine schnelle Erregbarkeit. All diese Symptome wurden oben bereits aufgeführt. Durch diese Veränderungen im Erleben, Verhalten und Denken entsteht zudem ein Leidensdruck oder auch eine

Beeinträchtigung vieler wichtiger Funktionsgebiete, die vor dem Konsum des Alkohols noch völlig funktionsfähig waren - seien es kognitive Fähigkeiten oder auch dass sich die ersten körperlichen Folgen des Alkohols bemerkbar machen. Der Konsum bringt selbstverständlich auch soziale Beeinträchtigungen mit sich, beispielsweise Eheprobleme oder auch Isolation. Abhängige verlieren den Blick für die Realität und somit auch ihre Selbstkontrolle. Hier werden die Parallelen zu den Definitionen der psychischen Störung deutlich. Dies lässt darauf schließen, dass genau aus diesen Gründen, eine Alkoholabhängigkeit eine psychische Störung ist, da die Psyche dieser Menschen durch den schädlichen Konsum dieser Substanz, nicht mehr gesund ist.

Kapitel 2: Alkoholabhängigkeit der Eltern - eine große Belastung für die kindliche Entwicklung

Welche Symptome eine Alkoholabhängigkeit ausmachen, wurde im vorherigen Kapitel bereits ausgeführt. Dass alkoholranke Menschen aber Familie haben oder gar selbst Eltern sind, wurde nicht dargelegt. Was bedeutet eine Alkoholabhängigkeit für die Familie und im Besonderen für die Kinder? Welche Erfahrungen machen diese Kinder in ihrer Entwicklung mit einem alkoholranken Elternteil? Dass diese psychische Störung der Eltern Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hat, lässt sich vermuten. Hier soll kurz erwähnt werden, dass die geschlechtlichen Unterschiede bei den Auswirkungen auf die Kinder aus Platzmangel nicht ausreichend nachgegangen werden kann. Lohnenswert jedoch in Lenz (2014) nachzulesen.

2.1 Einblick in das Krankheitsbild

2.1.1 Definition von Sucht

Der Begriff „Sucht“ stammt vom althochdeutschen Wort „suht“, und bedeutet „krank“ (vgl.: Bertling 1993, S. 27).

„Wegen der Mehrdeutigkeit des Begriffes (z. B. auch in Wasser-sucht oder Gelbsucht) empfahl die WHO 1964, den Begriff aufzugeben bzw. ihn durch Zusammenstellung mit der Nennung einer psychotropen Substanz als stoffgebundene Abhängigkeit zu spezifizieren.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2013, S. 11).

Durch diese Empfehlung der WHO könne das Wort „Sucht“ auch mit dem Ausdruck „Substanzabhängigkeit“ gleichgesetzt werden (vgl.: Böhnki 2014, S. 15). Die Symptomatik nach den ICD-10 Kriterien wurde im ersten Kapitel bereits aufgeführt, auch die Unterschiede zwischen schädlichem Gebrauch und der Abhängigkeit.

Seit 1968 ist die Alkoholabhängigkeit vom deutschen Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt (vgl.: Ripke 2003, S. 20). Dies ist ein besonders wichtiger Schritt, da Alkohol in unserer Gesellschaft auch heute noch als ein Genussmittel und nicht als eine Droge mit all den psychischen, physischen und sozialen Folgen ernst genommen wird.

2.1.2 Überblick über den Verlauf der Krankheit

Dass es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine psychotropische substanzgebundene Krankheit handelt, wurde nun aufgezeigt. Auch die einzelnen unterschiedlichen Formen des Trinkens wurden bereits erwähnt. Jedoch verläuft diese Krankheit in schleichenden, ineinandergreifenden Phasen ab. Diese sollen den Verlauf der Krankheit verdeutlichen und darlegen, in welchen Episoden Kinder ihre Eltern erleben können. Die erste Phase wird auch die „voralkoholische, symptomatische Phase“ (Bertling 1993, S. 30) genannt. Das Erleichterungstrinken sei in diesem Fall ein Indikator. Zu diesem Zeitpunkt schreibt der Konsument das Trinken jedoch den Situationen, wie Geburtstagsfeiern, und nicht dem Suchtmittel an sich zu. Nach einer gewissen Zeit würde sich die Trinkmenge erhöhen und somit eine erhöhte Toleranzgrenze entwickeln, weshalb die seelische Belastbarkeit sinke. Dies würde den Teufelskreis des Trinkens in Gang setzen. Die Phase könne zwischen sechs Monaten und vier bis fünf Jahren dauern (vgl.: Ripke, 2003, S. 21). Dies ist eine große Zeitspanne und verdeutlicht, wie unterschiedlich die Personen auf den Alkohol reagieren und mit diesem umgehen. Die „prodromale Phase“ (Bertling 1993, S. 31) stellt die zweite Phase dar. Signifikant für diese Stufe sei das heimliche Trinken, da dem Betroffenen klar werde, dass sein Trinkverhalten sehr ungewöhnlich sei. Die Gedanken würden sich nur noch um den Alkohol drehen, was auch dazu führe einen gewissen Vorrat anzuschaffen. Die ersten Flaschen würden gierig getrunken werden. Schuldgefühle und Rechtfertigungsversuche würden entwickelt und auch die Gedächtnislücken würden häufiger auftreten (vgl.: Bertling 1993, S. 31). Darauf folge die „kritische Phase“ (ebd.). Ab diesem Zeitpunkt würde der Konsument zum *Alkoholkranken* [Hervh.d.Verf.] werden. Diese Phase sei von Kontrollverlusten geprägt. Die Personen könnten nicht mehr aufhören, sobald sie begonnen haben zu trinken. Bereits bei geringen Mengen Alkohol würde das starke Verlangen nach mehr entfacht. Es wird als unkontrollierbares und zwingendes Gefühl beschrieben. Selbst wenn es Zeiten der Abstinenz gäbe, würden diese Versuche misslingen und wären mit Stimmungsschwankungen sowie Selbstvorwürfen behaftet. Dies habe Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben und könne zum sozialen Abstieg führen. In dieser Phase treten zudem die ersten körperlichen Symptome durch den Alkoholkonsum auf (vgl.: Ripke 2003, S. 22). In der „chronischen Phase“ (Bertling 1993, S. 31) sind

deutliche Schäden des Körpers, des Geistes und der Seele zu erkennen. Mittlerweile sei die Toleranzgrenze wieder soweit gesunken, dass geringe Mengen Alkohol ausreichen, um die typischen seelischen und körperlichen Ausfallerscheinungen herbei zu führen. Der langzeitige und massive Substanzkonsum beeinträchtigt das logische Denken sowie die Konzentration. Die alkoholranke Person würde von Ängsten überwältigt werden und habe das Gefühl einfache Handlungen nicht mehr bewältigen zu können. Das Alkoholdelirium sei der schlimmste Fall und würde zu Geistes- und Körperstörungen führen, die auch lebensbedrohlich sein könnten (vgl.: Ripke 2003, S. 22.). Fakt ist, dass viele alkoholabhängige Menschen an den Folgeschäden des jahrelangen exzessiven Konsums sterben. Die Verlaufsbeschreibung dieses Kapitels konnte die Schwere der Krankheit präzisieren und lässt bereits Vermutungen über das Zusammenleben mit suchtkranken Menschen zu.

2.1.3 Aktualität des Themas

Es gibt keine psychotrope Substanz, die in unserer Gesellschaft so verwurzelt und akzeptiert ist, wie der Alkohol. In Deutschland gelten circa 1,6 Millionen Menschen als alkoholabhängig. Davon würden sich nur 40.000 einer Therapie unterziehen (vgl.: Sarimski 2013, S. 39). Rund 8 Millionen Angehörige seien von der Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds betroffen (vgl.: Kreuzbund (BGS Hamm) 2015). Im Jahre 2012 war eine psychische und verhaltensbezogene Störung durch die Substanz Alkohol in 345.034 Behandlungsfällen diagnostiziert worden. Dies ist im Vergleich zum Jahre 1994 eine Steigerung um 68% (vgl.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 49). 74.000 Menschen sterben an den indirekten oder direkten Folgen ihres Alkoholmissbrauches innerhalb eines Jahres. Schätzungen zufolge, die sich seit den Jahren 2008 bis heute nicht wesentlich verändert haben, wachsen über 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche dauerhaft oder zeitweise in einer Familie mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil auf (vgl.: Klein 2008), (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Jedoch kann es hier Dunkelziffern geben. 41,6% der Männer und 25,6% Prozent der Frauen zeigen einen riskanten Alkoholkonsum auf (vgl.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 44). Dies belegt auch die weit verbreitete Vermutung, dass mehr Männer an einer Alkoholsucht leiden als Frauen. Allerdings leben circa 32% Prozent der alkoholranken Väter und 45% alkoholabhängige Mütter mit Kindern unter einem Dach (vgl.: Sarimski 2013, S. 39). Was bedeutet, dass es zwar mehr alkoholabhängige Männer gebe, jedoch prozentual gesehen mehr abhängige Frauen mit Kindern zusammen leben. Die häufigste Familienkonstellation in denen ein Elternteil alkoholabhängig sei, würde aus einem suchtkranken Vater und einer nicht alkoholabhängigen aber „Co-abhängigen“ (Sarimski 2013) Mutter bestehen (vgl.: ebd. S. 39). Den Begriff der Co-Abhängigkeit wird in Kapitel 2.2.1 näher erläutert.

2.2 Bedeutung und Auswirkungen für die Familie

Eine Alkoholabhängigkeit beeinflusst nicht nur das Denken, Erleben und Verhalten der suchtkranken Person, sondern hat auch enorme Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Besonders die Familie ist von der Krankheit, beispielsweise des Vaters oder des Ehepartners, betroffen. Die kompletten Alltagsmomente sind von der Krankheit der Eltern durchzogen und haben Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder. Da die weitverbreitetste Familienkonstellation mit einem alkoholabhängigen Elternteil der Vater sei, wird sich diese Arbeit hauptsächlich mit der Abhängigkeitserkrankung des Vaters beschäftigen. Die Abhängigkeitsproblematik der Mutter zusätzlich zu erläutern, würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, da dann auch ein Blick auf die Phase der Schwangerschaft sowie die der Bindung unter einem anderen Blickwinkel betrachtet werden müsste. Hier wird auf Sarimski (2013) verwiesen.

2.2.1 Co-Abhängigkeit

Unter der Co-Abhängigkeit würde man ein Verhalten verstehen, welches scheinbar aufopfernd gegenüber der eigenen Bedürfnisse und der Würde, das Abhängigkeitsverhalten des Partners deckt, entschuldigt und dadurch meist unangreifbar macht (vgl.: Sarimski 2013, S.39). In den meisten Fällen wird Co-Abhängigkeit mit dem Alkoholismus in Verbindung gebracht. Robin Norwood nutzt deshalb nicht den Term der Abhängigkeit sondern spricht von „Co-Alkoholikern“ (Bertling 1993, S. 24).

„Das Wort ‘Co-Alkoholiker’ bezieht sich auf Menschen, deren Verhalten im Umgang mit anderen gestört ist, weil sie eine sehr enge Beziehung zu jemandem hatte, der alkoholkrank war. Ganz gleich, ob der Alkoholiker nun ein Elternteil, Ehepartner, Kind oder Freund gewesen ist – eine solche Beziehung bewirkt meistens, daß beim Co-Alkoholiker bestimmte Gefühle und Verhaltensweisen auftreten: ein niedriges Selbstwertgefühl, das Bedürfnis, gebraucht zu werden, ein starkes Verlangen danach, andere zu verändern und zu kontrollieren, und eine Bereitschaft zu leiden.“ (Norwood 1990 zit. N. Bertling 1993, S. 24f.).

Jedoch unterscheidet sich die Sichtweise auf diesen Begriff je nach dem aus welchen Bereichen sie stammen. Hier gäbe es familientherapeutische, psychoanalytische oder auch kognitionspsychologische Zugänge (vgl.: Böhnki 2014, S.22). Tatsache ist, dass eben auch die Kinder Co-Abhängige sind, was durch das Verständnis von Norwood verdeutlicht wird. In diesem Sinne, dass die Suchterkrankung eines oder beider Elternteile auch das Verhalten der Kinder und nicht nur des Partners beeinflusst. Das Erleben der Kinder in diesen Familien würde größtenteils von einer unsicheren und ungeordneten Atmosphäre bestimmt sein. Die Kinder würden im Zwiespalt zwischen

dem abhängigen Elternteil und dem Co-abhängigen Part stehen, da sie beide Parteien unterstützen und helfen wollen (vgl.: Böhnki 2014, S. 29). Die Co-Abhängigkeit läuft ebenfalls in Phasen ab, welches ein stetig verändertes Verhalten aufzeigt, je nach Phase. Dies könne von der beschützenden Haltung bis hin zur moralischen Anklage reichen. Diese Phasen können ausführlicher in Ripke (2003, S. 33ff.) nachgelesen werden. Hier ist zwar oft die Rede vom Partner der abhängigen Person, jedoch können dies auch Verhaltensweisen sein, die Kinder an den Tag legen, um die Krankheit nicht nach außen dringen zu lassen. Dies ist dann allerdings vom Alter der Kinder abhängig. In der Literatur zu diesem Thema ist besonders häufig von „Alkoholismus als Familienkrankheit“ die Rede (vgl.: Böhnki, 2014, S. 21), (Mayer 2003, S. 53), (Bertling 1993, S. 50). Aus diesem Grund soll nun ein genauerer Blick auf die Situationen der Kinder in diesen Familien gelegt werden.

2.2.2 Situation der Kinder

Kinder suchtkranker Eltern werden in der Literatur oft als „vergessene Kinder“ (Mielke o.J.) bezeichnet, da die Aufmerksamkeit der Eltern nicht dem Kind, sondern der Droge gelte. Auch Zobel (2006, S. 21) verweist darauf, dass die Kinder lange Zeit ausschließlich von einem pathologieorientierten Standpunkt aus gesehen wurden. Daher galt es diese in Vergessenheit geratenen Kinder zu entdecken und passende Hilfen anzubieten (vgl.: ebd.). Kinder, die in solch belastenden Familienverhältnissen aufwachsen, sind hauptsächlich von einer ambivalenten und angespannten Familiensituation geprägt. Gerade jüngere Kinder können mit den schnellen Verhaltens- und Emotionsveränderungen des Elternteiles nicht konstruktiv umgehen. Zudem verstehen sie nicht, dass es sich um eine Krankheit handelt, die diese Veränderungen im Verhalten des abhängigen Elternteils hervorrufen. Jedoch bekommen sie relativ schnell ein Gespür dafür, woran sich solche Veränderungen bemerkbar machen. Sie seien Beobachter ihrer Eltern geworden und würden es wahrnehmen, wenn der Vater oder die Mutter schneller ungeduldig oder aufbrausend werden würde, wenn der kranke Elternteil sich zurückziehe oder sich überfürsorglich verhalte (vgl.: Lenz & Brockmann 2013, S. 32). Fehlt das Wissen über die Krankheit, würden diese Verhaltensweisen der Eltern bei den Kindern zu Sorgen, Ängsten und Verwirrung führen. Dies würde allmählich jedoch in Trauer, Enttäuschung und Wut umschlagen (vgl.: Lenz & Brockmann 2013, S. 33). Ein Gefühlschaos, welche besonders die jüngsten Kinder begleitet. Durch die Suchtkrankheit würde es häufig zu Streitereien und Eheproblemen kommen. Kinder würden besonders unter der Instabilität, Willkür, unklaren Grenzen und mangelndem Interesse seitens des abhängigen Elternteils leiden (vgl.: Zobel 2006, S. 23). Das Verhalten der Kinder würde sich, je nachdem ob die Mutter oder der Vater alkoholabhängig sei, verändern. Sie

ersetzen die Mutter in ihren Aufgaben, sorgen für den abhängigen Elternteil, gehen einkaufen und trösten den nicht abhängigen Elternteil. Dieses Rollenverhalten würden die Kinder mit einer alkoholkranken Mutter zeigen. Die Schlichterrolle würde eingenommen werden, wenn der Vater trinke (vgl.: Bertling 1993, S. 56). Unterschiedliche Autoren führen auf, dass Kinder als Schutzmechanismus, in unterschiedliche Rollen schlüpfen, um mit der Situation in diesen Familien zurecht zu kommen. Wegschneider-Cruse (1988) beschreibt insgesamt vier unterschiedliche Rollenmuster, die Kinder zeigen können. „Der Held“, „der Sündenbock“, „das verlorene Kind“ und „der Clown“ (Zobel 2006, S. 27f.).

Ripke (2003, S. 35ff.) beschreibt in ihrem Buch unter anderem das Rollenmodell nach Black (1988), um nur zwei zu nennen. Im Anhang findet sich dazu eine Übersicht über die vorliegenden Rollenmodelle (vgl.: Abb. 1). Diese Rollenmodelle können in Böhnki (2014), Zobel (2006) sowie Bertling (1993) nachgelesen werden.

Als Resümee dieser Modelle kann gesagt werden, dass Kinder durch ihr rollentypisches Verhalten Kompetenzen erwerben würden, die sie im späteren Leben gut nutzen könnten. Auch wenn manche Rollen eher negativ behaftet seien, könnten sich aus ihnen dennoch positive Eigenschaften im Jugend- und Erwachsenenalter entwickeln (vgl.: Zobel 2006, S. 32f.). Die Rollenmodelle von Wegschneider-Cruse und Black sind mittlerweile auch wissenschaftlich bestätigt worden (vgl.: Zobel 2006, S. 30). Kinder, die in solchen Situationen aufwachsen, leiden öfters unter mangelndem Selbstvertrauen, Schamgefühl, Instabilität, Verunsicherung und dem Gefühl ‚anders‘ als andere zu sein (vgl.: Seifert 2003, S. 16). Zudem sei ebenso der Alltag dieser Kinder mit erheblichen Überforderungen gekennzeichnet. Hierzu würden ein unangemessenes Verantwortungsgefühl gegenüber dem abhängigen Elternteil dazugehören sowie das eiserne Schweigen über das Familiengeheimnis und den Anforderungen der Umwelt alleine standzuhalten. (vgl.: Sarimski 2013, S. 16). Die Kinder schweigen oft aus Scham und Angst vor der Stigmatisierung Anderer. Das Schweigen könne ihnen jedoch auch direkt von Seiten der Eltern auferlegt und beispielsweise mit Liebesentzug bestraft werden (vgl.: Kaschta 2008, S. 25f.).

Diese Auflistung zeigt nur ansatzweise, unter welchen Gefühlen und Anforderungen Kinder in alkoholabhängigen Familien leiden. Es muss dazu allerdings gesagt werden, dass die Situation der Kinder stets individuell betrachtet werden muss. Möglicherweise ähnelt sich vieles, jedoch kommt es auch auf das Kind selbst an, wie es in diesen Situationen reagiert und welche zusätzlichen Risikofaktoren es dabei begleiten.

2.3 Belastungsfaktoren für die kindliche Entwicklung

Kinder sind von der Suchterkrankung der Eltern im Besonderen negativ belastet. Der Alltag und die Strukturen verändern sich.

„Es entwickelt sich nicht selten ein Prozess zunehmender Selbstverleugnung, Schuld- und Schamgefühle, oft auch gekoppelt mit Angst und Depressionen. Dies wird von den Betroffenen als starker psychischer Stress empfunden.“ (Klein o.J. S. 4).

Die Kinder würden unter der Ambivalenz ihres alkoholabhängigen Elternteils leiden. Damit ist das Erziehungsverhalten seitens des abhängigen Elternteils ein Belastungsfaktor. Die Verhaltensweisen des Elternteils seien unvorhersehbar und würden die Kinder verunsichern. Sie würden die Eltern genau beobachten, ob oder wie viel sie getrunken hätten und dann entsprechend reagieren (vgl.: Zobel 2006, S. 22). Die Reaktion des Elternteils variiert also je nachdem, ob Alkohol konsumiert wurde oder nicht, im Sinne von „Ich liebe Dich“ oder „Lass mich in Ruhe“ (ebd.). Mit diesen Gefühlsschwankungen müssen Kinder in ihren jungen Jahren zurechtkommen.

Ein weiteres Verhalten des abhängigen Elternteils könne als Belastungsfaktor gezählt werden. Da es in der Suchtkrankheit auch Phasen der Abstinenz gebe, schürt dies in den Kindern die Hoffnung die Krise endlich überstanden zu haben. Da diese Abstinenzphasen jedoch auch mit Rückfällen einhergehen können, zerstört dies die Hoffnung der Kinder und sie würden bitterlich enttäuscht werden (vgl.: Böhnki 2014, S. 39).

Sollte das Wissen über die Alkoholabhängigkeit eines der Elternteile an die Öffentlichkeit kommen, so könne das Kind auch hier ausgegrenzt werden. Dies stelle zusätzlich dann einen außerfamiliären Belastungsfaktor dar (vgl.: ebd. S. 44).

Albert Lenz (2012) führt den Verlauf und den Schweregrad der Chronizität als einen weiteren Belastungsfaktor auf. Hier sei es ausschlaggebend in welchem Alter sich die Kinder bei Beginn der Krankheit befänden. Je länger die Erkrankung dauere und je mehr Krankheitsepisoden die Kinder miterleben würden, desto höher sei die Belastung (vgl.: ebd. S. 16).

2.3.1 Genetische Faktoren

Auch die Genetik spiele bei den Belastungsfaktoren eine Rolle. 30 bis 40 Prozent der Kinder alkoholabhängiger Eltern würden selbst eine substanzbezogene Abhängigkeit in späteren Jahren entwickeln. Ein Drittel zeige psychische Störungen, wie Depressionen, Angst oder Persönlichkeitsstörungen (vgl.: Kreuzbund 2015). Doch steckt die Tendenz zu einer stoffgebunden Abhängigkeit wirklich in den Genen? Bereits im 18. sowie im 19. Jahrhundert wurden die Auswirkungen und die Situationen der Kinder alkoholabhängiger Eltern untersucht. Schon damals wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der übermäßige Konsum von Alkohol der Eltern für die Kinder schädliche Folgen mit sich bringe. Es wurde ebenfalls ein Augenmerk auf die genetische Veranlagung zur Alkoholsucht gelegt. Die Studie von Cotton (1979) belege,

dass viele alkoholabhängige Menschen selbst mit alkoholkranken Eltern oder Verwandten aufgewachsen seien. Derzeit gaben 30,8% Prozent der Teilnehmer an, selbst mindestens einen abhängigen Elternteil gehabt zu haben (vgl.: Zobel 2006, S. 13). Bereits in der Antike sagte Plutarch einst „Trinker zeugen Trinker“ (Mayer 2003, S. 54). Diese Behauptung, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern ebenfalls gefährdet seien später abhängig zu werden, führte in den letzten 20 Jahren zu zahlreichen Forschungen auf diesem Gebiet (vgl.: ebd. S. 14). Die Literatur sei sich mittlerweile darüber einig, dass es keine direkte Vererbung, beziehungsweise eine genetische Ursache von Alkoholabhängigkeit gebe (vgl.: Bertling 1993, S. 34). Hierzu bedarf es weitaus mehr Faktoren als die Genetik, die eine Sucht oder auch die Ausprägung von Störungen beeinflussen (vgl.: Zobel 2006, S. 15). Die elterliche Substanzabhängigkeit könne zwar oft als hinreichend für die Entwicklung von kindlichen Störungen angesehen werden, jedoch haben einige Studien erhebliche Heterogenität in der Anpassung von Kindern aus alkoholabhängigen Familien feststellen könnten (vgl.: Zobel 2006, S. 14). Es gibt also Kinder, die in alkoholabhängigen Familien aufwachsen und keine psychischen Störungen entwickeln, sozusagen ‚gesund‘ aus diesem Lebensumfeld heraus treten. Bereits bei Niebank und Petermann (2002) lässt sich eine Verbindung zu einem späteren Kapitel dieser Arbeit erkennen. Denn sie gehen davon aus, dass es auf das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren, die das Kind in seiner Umwelt, aber auch der eigenen Persönlichkeit wiederfindet, ankommt und diese die Entwicklung beeinflussen. Sie sprechen hier von Vulnerabilität (Verletzlichkeit), Risikofaktoren die vom Kind aus kommen und der Widerstandsfähigkeit, welche die Schutzfaktoren der Kinder darstellen (vgl.: Zobel 2006, S. 15). Widerstandsfähigkeit kann auch mit dem Resilienzkonzept in Verbindung gebracht werden, welches zu einem späteren Zeitpunkt dieser Arbeit ausführlich dargestellt wird.

Als Resümee kann festgehalten werden, dass Kinder von der Abhängigkeit der Eltern beeinflusst werden, es hierzu allerdings deutlich mehr Indikatoren bedarf als die Genetik, um später selbst an dieser Suchterkrankung beziehungsweise einer psychischen Störung zu erkranken. Genetische und psychosoziale Faktoren beeinflussen sich demnach gegenseitig. Die Ergebnisse von Studien zeigen auf, dass Menschen mit einer erblich bedingten Verletzlichkeit gerade durch die Umwelteinflüsse bedeutend geprägt seien und zwar im negativen sowie im positiven Sinne (vgl.: Lenz 2012, S. 15f.). Man könne jedoch von einer erhöhten Gefährdung, bei diesen Kindern sprechen (vgl.: Hinze & Jost 2006, S. 25). Es gibt auch geschlechtsspezifische Unterschiede über die Auswirkungen von alkoholabhängigen Eltern auf ihre Kinder. Näheres dazu in Ripke (2003), Zobel (2006) sowie Lenz (2014).

2.3.2 Kindeswohlgefährdung durch die Krankheit

Immer wieder ist in der Literatur der Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und dem Kindeswohl in den Familien zu lesen. Aus diesem Grund soll auch hier ein kurzer Einblick in diese Thematik als Belastungsfaktor gegeben werden. Dieses Kapitel soll und kann nur einen kleinen Überblick in das breitgefächerte und tiefreichende Thema des Kindeswohls aufzeigen. Der vorliegende Abschnitt wird sich auf das psychische und physische Kindeswohl beschränken. Der sexuelle Missbrauch bei Kindern in alkoholbelasteten Familien wird kurz erwähnt und kann in Zobel (2006) sowie Bertling (1993) vertiefend nachgelesen werden.

Kindeswohlgefährdung sei eine nicht zufällige, gewaltsame physische und psychische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern oder Dritte. Diese Personen schädigen, verletzen, hemmen die Entwicklung oder bringen sie zu Tode. Unterschieden werde in Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, seelischer Gewalt und sexuellem Missbrauch (vgl.: Sarimski 2013, S. 66).

Kinder aus suchtbelasteten Familien seien zwei- bis dreimal mehr gefährdet, körperlich, emotional oder sexuell misshandelt zu werden als nicht belastete Kinder. Dabei gaben mehr als die Hälfte der alkoholabhängigen Erwachsenen an, selbst in ihrer Kindheit seelische und körperliche Gewalt erlebt zu haben (vgl.: Sarimski 2013, S. 68). Somit scheint auch dies, ein generationsübergreifendes Problem darzustellen. Zum sexuellen Missbrauch von Kindern alkoholabhängiger Eltern sei zu erwähnen, dass es eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit gebe, später selbst unter Alkoholabhängigkeit zu leiden, als Kinder die nicht sexuell missbraucht wurden (vgl.: Zobel 2006, S. 47ff.).

Ein Definitionsversuch über körperliche und emotionale Vernachlässigung, die hier näher beleuchtet werden soll, lautet wie folgt:

„Sie liegt vor, wenn Kindern nicht gesichert wird, was sie für ihr psychisches und physisches Wohlergehen benötigen. Dazu gehören vor allem eine angemessene und ausreichende Ernährung und Pflege, Hilfen für die Gesunderhaltung, Aufsicht und Schutz vor Gefährdungen und Anregungen für ihre motorische, geistige, gefühlsmäßige und soziale Entwicklung. Wenn diese Grundbedürfnisse nicht oder nicht ausreichend befriedigt werden, wird die kindliche Entwicklung beeinträchtigt und insgesamt geschädigt [Ausl. d. Verf.].“
(Bertling 1993, S. 89f.).

Es muss zwischen der Vernachlässigung und der Misshandlung unterschieden werden. Zobel (2006) bestätigt die Definition von Bertling und führt weiter aus, dass epidemiologische Studien darauf hinweisen würden, dass Kinder durch die Vernachlässigung seitens der Eltern, eine höhere Wahrscheinlichkeit ausweisen später

selbst abhängig zu werden. Zudem würden sie auch soziale und psychische Probleme aufzeigen (vgl.: Zobel 2006, S. 42).

Im Gegensatz zur Vernachlässigung im psychischen und physischen Bereich, ist die Misshandlung deutlich leichter zu erkennen. Körperliche Symptome würden sich deutlich zeigen, wenn Kinder Gewalt in der Familie erleben (vgl.: ebd.). Unter einer Misshandlung würde man alle Tätigkeiten verstehen, die beim Kind zu körperlichen Verletzungen führen. Dies könne durch starkes Schütteln, Schläge, Verbrennungen sowie Stiche verursacht werden. Wichtig ist zu wissen, dass die körperliche Misshandlung die psychische Misshandlung miteinschließe. Eine psychische Misshandlung könne jedoch ohne körperliche Misshandlung stattfinden (vgl.: Bertling 1993, S. 90). Wenn es um das Kindeswohl geht, dürfen die rechtlichen Grundlagen nicht unerwähnt bleiben. Das Sozialgesetzbuch VIII (SGBVIII) hat unter dem § 8a den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung gesetzlich geregelt (vgl.: Stascheit 2013, S. 1232). Beim Deutschen Kinderhilfswerk findet sich eine Zusammenfassung zu diesem Artikel.

„Wenn es erforderlich scheint, muss sich das Jugendamt mit dem Familiengericht in Verbindung setzen, auch wenn Erziehungsberechtigte nicht in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. In Situationen dringender Gefahr, in denen das Jugendamt die Entscheidung des Gerichtes nicht abwarten kann, ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

Wenn das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen gefährdet und dem örtlichen Träger bekannt ist, so muss dies dem zuständigen örtlichen Träger im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger, der Personensorgeberechtigten und dem Kinder bzw. Jugendlichen mitgeteilt werden.“ (Deutsches Kinderhilfswerk e.V. o.J.).

Mit diesem gesetzlich festgeschriebenen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung wird klar, dass es Situationen in Familien gibt, in denen der Staat deeskalierend sowie beschützend eingreifen muss. Bereits im Grundgesetz von 1949 wurden die Rechte von Kindern sowie die Rechte und Pflichten der Eltern ihre Kinder zu pflegen und zu erziehen, festgehalten. UNICEF fasst die Beschlüsse der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen von 1989 in zehn Grundrechten des Kindes zusammen. Hierzu zählen unter anderem „das Recht auf eine Privatsphäre und eine gewaltfreie Erziehung im Sinne der Gleichberechtigung und des Friedens“ (Schau hin o.J.). Ein weiteres Kinderrecht ist das „Recht auf eine Familie, elterliche Fürsorge und ein sicheres Zuhause“ (ebd.) und das „Recht auf sofortige Hilfe in Katastrophen und Notlagen und auf Schutz vor Grausamkeit, Vernachlässigung, Ausnutzung und Verfolgung“ (ebd.).

Auch hier wird die Vernachlässigung explizit genannt, denn auch diese ist gesetzlich verboten.

Die Kinder befinden sich in diesen Familiensituationen in einer hilfsbedürftigen Lage. Sie sind den Verhaltensweisen des abhängigen Elternteils oftmals schutzlos ausgeliefert und bekommen nicht die Aufmerksamkeit oder die Wertschätzung die Kinder in den jungen Jahren brauchen. Auch deshalb sind die psychischen und physischen Vernachlässigungen bis hin zu Misshandlungen mehr als schädigend für die weitere Entwicklung des Kindes. Diese gilt es bestenfalls zu unterbinden oder zumindest entgegen zu wirken.

2.3.3 Bindungsqualität zwischen Eltern und Kindern in diesen Familien

Eine stabile Bindung und positive Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern, ist die Basis für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Bindung bezeichne das Bedürfnis nach Nähe zur Bezugsperson und die damit verbundene Sicherheit (vgl.: Gaschler & Buchheim 2012, S. 1). Nach Lohaus und Vierhaus (2013) verstehe man unter dem Begriff „Bindung“ das emotionale Band zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson. Dies seien im Normalfall an erster Stelle die Eltern. Dieses emotionale Band der Verbindung zwischen Eltern und Kind entstehe jedoch erst mit etwas Verzögerung, da die Entstehung von Bindung an kognitive Voraussetzungen geknüpft sei (vgl.: Lohaus & Vierhaus 2013, S. 99). Der Säugling müsse wissen, dass die Mutter auch dann noch existiere, wenn er diese nicht mehr sehe, auch Objektpermanenz genannt. Zudem müssen die Babies zwischen vertrauten und fremden Personen unterscheiden können, auch diese kognitive Repräsentation bilde sich erst im Laufe der ersten Monate aus (vgl.: ebd.). Um den Kontext dieses Kapitels Bindungsqualität als Belastungsfaktor zu verstehen, ist es wichtig zu wissen, warum eine gute Bindung so bedeutsam ist. Um eine sichere Bindung zu entwickeln, müssten die Bezugspersonen prompt und feinfühlig auf die Verhaltenssignale des Kindes antworten. Dem Kind wird somit ein Gefühl der Verlässlichkeit und Sicherheit vermittelt (vgl.: Lohaus & Vierhaus 2013, S. 101). Dieses Vertrauen sei existenziell wichtig für das Kind, denn nur so könne es sicher sein, dass seine Bedürfnisse befriedigt werden. In der Bindungsforschung hat besonders Ainsworth anhand der „Fremden Situation“¹ zwischen vier unterschiedlichen Bindungsqualitäten unterschieden und alle haben Auswirkungen auf das spätere Bindungsverhalten sowie die Entwicklung des Kindes. Hier wird zwischen der sicheren Bindung, unsicher-vermeidenden Bindung, der unsicher-ambivalenten Bindung und der desorganisierten-desorientierten Bindung unterschieden (vgl.: ebd. S. 100), (vgl.:

¹ In dieser Situation wurden die Kinder mit der Trennung und Wiedervereinigung der Mutter konfrontiert und die Reaktionen der Kinder analysiert. Dies ist weiter ausgeführt in Lohaus; Vierhaus (2013)

Gaschler & Buchheim 2012, S. 1ff.) Die Bindungserfahrungen, die Kinder also machen, könnten vor allem für die spätere soziale sowie kognitiven Entwicklung von Bedeutung sein (vgl.: Lohaus & Vierhaus 2013, S. 104). Komme es zu Veränderungen der Umgebung des Kindes oder auch dem sozialen Gefüge, könne es zu veränderten Bindungserfahrungen kommen, die ebenfalls Konsequenzen mit sich bringen (vgl.: ebd.). Kinder mit einem alkoholabhängigen Elternteil beobachten Verhaltens-, Denk- und Handlungsweisen, die sie aus ihrer kindlichen Sicht nicht richtig einordnen können. Dieser oft unvorhersehbare Wechsel präge das Bindungsverhalten des Kindes und würde zu unsicheren oder ambivalenten Bindungen führen (vgl.: Kaschta 2008, S. 23). Nach der Bindungstheorie von Bowlby entstehen Bindungsstörungen dann, wenn auf frühe Bedürfnisse des Kindes nach Schutz und Nähe in Bedrohungssituationen nicht ausreichend reagiert wurde. So würde es zu unsicheren Bindungen kommen (vgl.: ebd.). Können die Kinder von suchtkranken Eltern zu keinem dieser Elternteile eine emotionale konstante Beziehung aufbauen, seien sie für psychische Auffälligkeiten sehr anfällig. Hier sei die mangelnde Bindung zu den Eltern schädlicher, als das Suchtproblem an sich (vgl.: Zobel 2006, S. 31). Oftmals suchen sich die Kinder Bezugspersonen, die außerhalb des problematischen Elternhauses liegen - sei es eine liebevolle Großmutter oder eine pädagogische Fachkraft. Bereits Ackermann (1983) hätte darauf hingewiesen, dass gerade die Kinder, die später kein auffälliges Verhalten zeigen, sich positive und innige Beziehungen außerhalb der Familie gesucht hätten (vgl.: Zobel 2006, S. 24). Die Kinder, die diese Fähigkeit nicht besäßen, hätten Schwierigkeiten in der Schule, ein geringes Selbstkonzept sowie Frustrationstoleranz und Anpassungsprobleme (vgl.: ebd.). Besonders der erkrankte Elternteil sei in der Eltern-Kind-Interaktion eingeschränkt. Sie würden oft wenig Interesse oder emotionale Beteiligung zeigen (vgl.: Lenz 2012, S. 17). Jedoch können Kinder nur dann die Welt erkunden und sie entdecken, wenn sie sicher gebunden sind. Das Bindungsverhalten steht im Zusammenhang mit dem Explorationsverhalten. Nur wenn Säuglinge sich geborgen und sicher fühlen, können sie die Umwelt explorativ erforschen. Sie erleben sich dann als liebenswert und kompetent (vgl.: Kaschta, 2008, S. 31). Auch sonst haben die frühen Bindungserfahrungen weitreichende Folgen für die Entwicklung der Kinder und prägen diese bis ins Erwachsenenalter.

Es wurde aufgezeigt, wie alkoholabhängige Väter oder Mütter sich in der Eltern-Kind-Interaktion verhalten können. Hierdurch wird der Zusammenhang zwischen der oben definierten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und der Bindungsqualität deutlich. Suchtkranke Eltern können diese Feinfühligkeit und das prompte Reagieren auf die Bedürfnisse des Kindes aufgrund ihrer Krankheit nicht im angemessenen Rahmen zeigen. Wie bereits erwähnt, dreht sich für diese Personen

alles um die Droge. Das Verhalten unter Alkoholeinfluss und das Verhalten in einer trockenen Phase unterscheiden sich meist deutlich und verunsichert die Kinder. Sie können so keine sichere und stabile Bindung zu diesem Elternteil aufbauen. Schwierig wird es dann, wenn der nicht suchtkranke Elternteil ebenfalls keine stabile Bezugsperson für die Kinder darstellt, wenn auch sie zu beschäftigt mit der Co-Abhängigkeit und dem Verschweigen der Krankheit sind, dass die Bedürfnisse des Kindes in Vergessenheit geraten. Somit stellen die Folgeerscheinungen der Suchtkrankheit und die dadurch entstehenden Verhaltens- und Wesensänderungen einen großen Belastungsfaktor in Bezug auf die Bindungsqualität zwischen Kindern und ihren abhängigen Eltern dar. Dies wird in den Untersuchungen von Edwards et al. (2006) bestätigt (vgl.: Sarimski 2013, S. 43).

2.3.4 Folgen der Sucht für die kindliche Entwicklung

Die Folgen, welche die Abhängigkeitserkrankung eines Elternteiles mit sich bringen, wurden in den vorherigen Abschnitten bereits angedeutet. Eine kurze Zusammenfassung über die möglichen Folgen der Suchtkrankheit eines oder beider Elternteile soll dennoch hier Platz finden.

Moos und Billings (1982) wiesen nach, dass Kinder mit rückfälligen abhängigen Eltern zwei Mal häufiger unter emotionalen Störungen litten als Kinder aus nicht suchtbelasteten Familien. Dies würde sich vor allem durch Angststörungen und Depressionen bei den Kindern zeigen (vgl.: Bertling 1993, S. 126). Andere Kinder hingegen würden mit dieser Problematik in die Passivität rutschen. Sie würde mit ängstlichem Rückzug und mangelndem Selbstbewusstsein reagieren (vgl.: ebd. S. 127). Im Gegensatz dazu können sie aber auch eine Hyperaktivität oder Störungen des Sozialverhaltens entwickeln (vgl.: Zobel 2006, S. 37f.). Sher (1991) gehe davon aus, dass Anpassungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen oft auf die psychische Störung der Eltern zurück zu führen sei. Mehr als die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils, seien jedoch die möglicherweise zusätzlichen Probleme der Eltern, wie Familienzerrüttung, weitere zusätzliche psychiatrische Diagnosen oder auch der Wegfall eines Elternteils, dafür verantwortlich (vgl.: Zobel 2006, S. 25). Die Kinder leiden demnach nicht nur unter der abhängigen Person, sondern auch an den Begleiterscheinungen, wie finanzielle Probleme oder einer angespannten negativen Familienatmosphäre. Sie leiden unter der Unwissenheit, die Familiensituation nicht richtig zu verstehen und dem Druck dem sie ausgesetzt sind, das Geheimnis zu wahren.

Die Folgen auf die Kinder können sich somit auf die seelische sowie die körperliche Gesundheit auswirken. Wenn Vernachlässigung oder Missbrauch ebenfalls das Familienleben prägen, sind die Folgen weitaus tiefgreifender, als wenn Kindern diese

Erfahrungen erspart bleiben. Besonders die negativen Bindungs- und Beziehungserfahrungen, welche die Kinder mit dem alkoholabhängigen Elternteil machen, können das spätere Bindungsverhalten gegenüber anderen Personen beeinträchtigen und das Kind in seiner kompletten Entwicklung beeinflussen. Das Ausmaß der Folgen für die kindliche Entwicklung hängen also zudem davon ab, inwieweit sie ihre Bindungsbedürfnisse innerhalb und außerhalb der Familie erfüllen können (vgl.: Ahnert 2008, S. 344).

Fakt sei allerdings, dass Kinder über alle Altersgrenzen hinaus, die Kinder ihrer Eltern und, in diesem Fall der alkoholabhängigen Eltern bleiben. Dies bedeute, dass die Auswirkungen auf die Entwicklung nicht nur im Kindesalter stattfinden, sondern sich auf die gesamte Lebensspanne auswirken würden (vgl.: Seifert, 2003, S. 13f.).

Jedoch muss an dieser Stelle nochmals deutlich betont werden, dass jedes Kind anders mit dieser Lebenssituation umgeht. Hier spielen viele unterschiedliche Faktoren eine Rolle, die sich gegenseitig beeinflussen und dem Kind unter anderem helfen können möglicherweise auch konstruktiv aus diesem Lebensumfeld zu treten. Bei anderen Kindern hingegen spielen viele Risikofaktoren zusammen, sodass es möglicherweise schwieriger wird diese Einflüsse der Eltern aufzufangen.

Als Resümee dieses Kapitels soll festgehalten werden, dass die Alkoholsucht in Deutschland weit verbreitet ist und somit auch fast 3 Millionen Kinder mit einem alkoholabhängigen Elternteil aufwachsen. Die Ausführung über den Verlauf der Krankheit als solche macht bereits deutlich, dass diese betroffenen Menschen durch die Krankheit einen Belastungsfaktor für die kindliche Entwicklung darstellen. Sie sind durch diese Abhängigkeit so beeinflusst, dass sie die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrnehmen können. Bindungen und verlässliche Beziehungen zu Personen aufzubauen, die ihr Verhalten aus Kindersicht grundlos verändern und keine Konstante im Leben darstellen, ist schwierig. Es komme zudem darauf an, wie lange Kinder mit der Sucht ihrer Eltern konfrontiert seien. In welcher Intensität die Kinder die Abhängigkeit erleben und wie alt die Kinder sind, wo, wie, und wie viel der Vater trinke (vgl.: Ahnert 2008, S. 344).

In suchtblasteten Familien sind die Kinder nicht nur mit der Krankheit und den Auswirkungen eines Elternteiles konfrontiert. Oftmals gehen mit dieser Krankheit finanzielle Probleme oder Arbeitslosigkeit einher. Meist viel schlimmer als die Abhängigkeit des Vaters beispielsweise sind jedoch die beteiligten Gefühle. Traurigkeit, Verunsicherung, Scham, Angst, Schuld und Ärger sind Wegbegleiter eines Kindes.

Die Folgen der Sucht für die kindliche Entwicklung kann dennoch nicht eindeutig beantwortet werden. Risikofaktoren, die die kindliche Entwicklung unter anderem belasten können, wurden in diesem Kapitel aufgeführt. Sie sind sehr unterschiedlich und betreffen viele Bereiche des Kindes. Die Entstehung von Störungen oder Auffälligkeiten bei Kindern müsse jedoch als ein Wechselspiel zwischen kind- und umweltbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren gesehen werden (vgl.: Kähni 2003, S. 120). Denn es gibt immer wieder Kinder, die aus der Not eine Tugend machen und mit gestärktem Selbstgefühl, einer Selbstständigkeit und der Gewissheit sich auf sich selbst verlassen zu können, aus diesen Familienverhältnissen heraustreten. (vgl.: ebd.). Doch wie schaffen Kinder aus alkoholbelastenden Familien diesen Entwicklungsschritt? Was hilft ihnen, diese Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen? Welche Schutzfaktoren brauchen Kinder in ihrer Umwelt und welche bringen sie möglicherweise bereits mit, um diese Hindernisse zu überwinden. Was macht sie widerstandsfähig?

Kapitel 3: Resilienz-die psychischen Widerstandsfähigkeit des Kindes

Lange Zeit standen die Ursachen und Bedingungen, die für die Entstehung von psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten mitverantwortlich sind, im Mittelpunkt der Forschung. Mittlerweile gibt es einen Perspektivenwechsel:- weg vom defizitorientierten Blickwinkel und hin zu den schützenden Faktoren, welche die kindliche Entwicklung positiv beeinflussen,- hin zu Eigenschaften und Fähigkeiten, die in den Kindern schlummern und die es zu wecken und zu fördern gilt (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 7). Der Blick wurde nach und nach auf die positiven Ressourcen, also was Kinder stärkt, gerichtet. Ein sehr bekanntes Konzept derzeit ist das der Resilienz. Zu Beginn dieses Kapitels muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die geschlechtlichen Unterschiede von Mädchen und Jungen in Bezug auf das Resilienzkonzept nicht in der Tiefe dargelegt werden können, wie es angebracht wäre. Daher wird dieser Punkt nicht explizit behandelt. Diese Ausführungen würden bereits im Forschungsteil, beziehungsweise dem Praxisteil den Rahmen sprengen. Daher wird in dieser Arbeit weitestgehend von beiden Geschlechtern in der neutralen Sichtweise die Rede sein. Hier lohnt es sich jedoch bei Opp; Fingerle (2008) nachzulesen.

3.1 Definition Resilienz

Der Begriff ‚Resilienz‘ leitet sich aus dem englischen Wort „resilience“ ab und bedeutet Spannkraft, Elastizität oder auch Widerstandsfähigkeit (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 18). Die grundlegenden Forschungen von Wustmann werden bereits rezipiert. Auch diese Arbeit stützt sich auf das Wustmannsche Verständnis von Resilienz, bezieht aber auch andere Autoren und Autorinnen auf diesem Gebiet mit ein.

„Ursprünglich stammt der Begriff aus der Physik und beschreibt die Fähigkeit eines Werkstoffes, auf Störungen, die von außen auf ihn einwirken, unbeschadet reagieren zu können. Resilire, lateinisch, meint wörtlich übersetzt abprallen, zurückfedern.“ (Gebauer 2015, S. 58).

Mit psychologischem Schwerpunkt ist Resilienz wie folgt zu definieren:

„Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“ (Wustmann Seiler 2015, S. 18). Diese Definition nach Wustmann Seiler ist allgemein im deutschsprachigen Raum anerkannt, da sie die internalen sowie externalen Kriterien berücksichtige (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 9). Das Ursprungsverständnis dieses Begriffes aus der Physik macht auch aus psychologischer Sichtweise deutlich, dass es Störungen gibt, die von außen auf Stoffe oder Menschen einwirken und diese dennoch nicht beschädigen und sie unbeschadet heraustreten. Meines Erachtens ist diese Übertragung des Begriffes aus der Physik eine passende Metapher für Kinder, die unbeschadet aus schwierigen Lebenssituationen heraustreten, die auf sie einwirken.

Es stellen sich anhand der Definitionen zwei wichtige Bedingungen für Resilienz heraus. Dies sei zum einen eine signifikante Belastung für die kindliche Entwicklung und zum anderen eine erfolgreiche Bewältigung dieser bedrohlichen Lebensumstände (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 18). Erst wenn diese beiden Bedingungen erfüllt sind, kann von Resilienz gesprochen werden. Diesen ‚resilienten‘ Kindern würde es gelingen, die Entwicklungsrisiken weitestgehend zu kompensieren oder diese negativen Einflüsse auszugleichen und parallel gesundheitsförderliche Kompetenzen anzueignen (vgl. Kaschta 2008, S. 38).

3.2 Das Resilienzkonzept

Das Konzept der Resilienz lässt einen starken Bezug zu dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky aus den 1970er Jahren erkennen (vgl.: Kaschta 2008, S. 38). Seiner Zeit ein Paradigmenwechsel. Denn der Ausgangspunkt seines Konzeptes war es, dass eben nicht nach den Ursachen einer Krankheit gesucht wird,

sondern zu schauen, was Menschen gesund erhält, *obwohl* sie negativen Einflüsse ausgesetzt seien (vgl.: Kaschta 2008, S. 39). Durch diesen veränderten Blickwinkel rückte die Gesundheitsförderung immer weiter in den Fokus, was in der Praxis zur Betonung von Prävention und Stärkung der Bewältigungskapazitäten führte (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 26). Die Salutogenese lege den Schwerpunkt eher auf schützende Faktoren. Das Resilienzkonzept nehme die salutogenetische Perspektive ein und frage sich welche Fähigkeiten die Kinder auszeichnen, die sich trotz negativen Einflüssen positiv entwickeln (vgl.: ebd.). Hier stehe vor allem der Prozess der positiven Anpassung und Bewältigung im Mittelpunkt (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 14).

3.2.1 Merkmale der Resilienz

Im Laufe der Zeit konnten durch die Forschung unterschiedliche Annahmen von Resilienz widerlegt, aber auch erweitert werden. Mittlerweile gehe man davon aus, dass Resilienz *keine angeborene Fähigkeit* oder konstante Eigenschaft darstellt, sondern Resilienz als Begriff *flexibel und dynamisch* verstanden werden müsse (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 13). Wustmann Seiler (2015) führt hier weiter aus, Resilienz als einen „*dynamischen, transaktionalen Prozess zwischen Kind und Umwelt*“ (ebd. S. 28) zu verstehen. Dies bedeute, dass die beteiligten Faktoren sich gegenseitig beeinflussen und dadurch in qualitativ neue Faktoren verändert werden würden. Somit sei besonders signifikant, dass für die Entwicklung von resilientem Verhalten sowohl die Person, als auch die Umwelt beteiligt seien (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 28). Da Resilienz als Kompetenz konstruiert werde, würde auch sie durch Lernprozesse angeeignet werden (vgl.: Wieland 2011, S. 197). Emmy Werner (1993) hat ein Modell zur möglichen Entstehung von Resilienz entwickelt. Dieses Modell habe sie im Laufe ihrer Studie in Kauai entworfen und zeige eine schlüssige Abfolge von Faktoren und Kompetenzen. Hier würde auch das Zusammenwirken zwischen Kind, Familie und soziales Umfeld bei der Entstehung von Resilienz nochmals deutlich werden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 117). Dieses Schaubild ist im Abbildungsverzeichnis (Abb. 2) zu finden.

Resilienz darf jedoch nicht als eine beständige und stabile lebenslange Fähigkeit angesehen werden. Resilienz sei eine *variable Größe*, so Wustmann Seiler (2015). Diese Fähigkeit, Entwicklungsrisiken zu trotzen und positiv aus ihnen herauszutreten, könne sich im Laufe der Entwicklung des Kindes sehr verändern. Dies bedeute, dass Kinder zu manchen Zeitpunkten ihres Lebens und in unterschiedlichen Kompetenzbereichen resilient seien und zu anderen Zeiten oder Bereichen wesentlich

² Kursiv geschriebene Worte sind als Hervorhebung durch den Verfasser S.L. zu verstehen.

verletzlicher reagieren (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 30). Dennoch muss hier erwähnt werden, dass das Resilienzkonzept auch sehr umstritten ist. Allen Kritikpunkten und ihrer oft vorgeworfenen theoretischen Fehleinordnung kann jedoch nicht würdig nachgekommen werden. Daher muss an diesem Punkt auf weitere Literatur verwiesen werden. Im Besonderen frühen Fröhlich-Gildhoff et al. (2012); Wustmann Seiler (2015) und Wieland (2011), führen in ihren Büchern unterschiedliche Sichtweisen und Problematiken auf. Wieland (2011) nimmt den Resilienzbegriff und das gängige Konzept dahinter genauer unter die Lupe und präzisiert diesen Term. Er verweist auf die Verortung in der Theorie von psychosozialen Sachverhalten, psychologische Theorie der Kontrollüberzeugung ³ sowie in das Bewältigungsparadigma. Es gehe darum, schwierige Lebensumstände durch innere Verarbeitungsmöglichkeiten sowie nach außen gerichtetes Handeln im Sinne der eigenen Weiterentwicklung selbst aktiv zu beeinflussen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 11). Diese Ausführungen und den Versuch einer theoretischen Verortung des Resilienzkonzept, ist im Handbuch Resilienzförderung (2011) nachzulesen.

Besonders dann wenn Resilienzforscher darauf hinweisen, dass Resilienz sich nur dann entwickeln könne und Bedeutung erlange, wenn Krisen auftreten, werde der Prozesscharakter deutlich (vgl.: Welter-Enderlin & Hilfebrand 2012, S. 23). Ebenso ist festzuhalten, dass es sich bei dem Begriff der Resilienz nicht nur um eine erworbene Fähigkeit handele, die die Menschen befähige in Krisen personale und soziale Ressourcen zu nutzen und als Anlass für konstruktive Entwicklung zu nutzen, sondern um ein ganzes Konzept (vgl.: ebd. S. 13)

Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse fassen das Resilienzkonzept prägnant in folgendem Zitat zusammen:

„Das Konstrukt Resilienz ist ein dynamischer oder kompensatorischer Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren. Charakteristisch für Resilienz sind außerdem ihre variable Größe, das situationsspezifische Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität.“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 13).

Meines Erachtens stellt die Tatsache, dass Resilienz situativ und nicht konstant ist, ein schwieriges Merkmal dar, das es kritisch zu betrachten gilt. Prinzipiell ist das Konstrukt der Resilienz nicht leicht zu durchdringen, da an einigen Stellen von einer personalen Eigenschaft die Rede ist und an anderer Stelle von einem Oberbegriff für ein komplexes Konzept. Wenn also von Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit gesprochen wird, ist es naheliegend von einer Eigenschaft zu sprechen, die Kindern

³ Dies entspreche dem Begriff der Selbstwirksamkeit (vgl.: Wieland 2011, S. 192).

hilft, aus negativ belasteten Situationen gesund herauszutreten und dies als Weiterentwicklung zu nutzen. Das Konzept der Resilienz beinhaltet jedoch weit mehr als die reine psychische Widerstandsfähigkeit, nämlich protektive Faktoren, die ebenso in der Umwelt des Kindes liegen und großen Einfluss auf den Erwerb von Resilienz und der weiteren Entwicklung haben. Resilienz als solches stellt also eine erworbene Eigenschaft dar, die das Kind durch Interaktion entwickelt und in schwierigen Lebenslagen helfen kann, diese zu überwinden. Zu dieser psychischen Widerstandsfähigkeit gehören aber auch einige andere Eigenschaften, die dem Kind helfen. Diese werden Resilienzfaktoren genannt.

3.2.2 Resilienzfaktoren:

Resilienzfaktoren werden neben den personalen Faktoren zu den protektiven Faktoren gezählt, welche die Kinder bereits mitbringen. In verschiedenen Resilienzstudien, unter anderem in der Kauai-Studie, konnten unterschiedliche Resilienzfaktoren identifiziert werden, die eine schützende Wirkung für das Kind hätten. Dies seien Eigenschaften, die das Kind durch die Interaktion mit seiner Umwelt entwickle, ebenso wie jene, die für eine erfolgreiche Bewältigung von anstehenden altersspezifischen Entwicklungsaufgaben von Nöten seien. Denn die positive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Laufe der Kindheit seien die Basis dafür wie nachfolgende Aufgaben bewältigt werden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 20). Während dieser Bewältigung entwickeln die Kinder Kompetenzen und Fähigkeiten, die sie für eine positive Entwicklung benötigen. Die Kinder würden an den Aufgaben wachsen, wenn diese positiv bewältigt werden. Dies stabilisiere die Persönlichkeit des Kindes und es würde lernen die Stresssituationen als Herausforderung zu betrachten. Beispiele für diese Entwicklungsaufgaben im Säuglingsalter seien beispielsweise die Entwicklung von Autonomie sowie das Binden an Bezugspersonen (vgl.: ebd. S. 21). Die Resilienzfaktoren unterscheiden sich von den personalen Faktoren darin, dass sie erworben werden und nicht von der Genetik bedingt oder angeboren sind (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 40). Zur Entwicklung von Resilienz benötige man zwei Dinge. Zum einen sei dies die Erfahrung gelungener Bewältigung und zum anderen positive Bindungsbeziehungen (vgl.: Frick 2011, S. 204). Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2014) haben aus all den Studien, sechs empirisch bestätigte zentrale Resilienzfaktoren zusammengefasst. Diese sind die Selbst- und Fremdwahrnehmung, soziale Kompetenzen, Selbstwirksamkeit, Problemlösefähigkeit, adaptive Bewältigungskompetenz und die Selbstwirksamkeit (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 42). Das entsprechende Schaubild zu dieser Übersicht ist im Abbildungsverzeichnis zu finden (vgl.: Abb. 3).

Es lässt sich zusammenfassen, dass Resilienz ein hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt darstellt. Die Basis für die Entwicklung von Resilienz liegt in den risikomildernden Faktoren außerhalb und innerhalb des Kindes. Man spreche mittlerweile von einer „relationalen Resilienz“ (Wustmann Seiler 2015, S. 32), welche das Konzept der „absoluten Unverwundbarkeit“ ersetzt habe (ebd. S. 32). Also einer Eigenschaft, die erworben wird, aber nicht stetig nutzbar und somit situativ ist.

„Resilienz wird heute als ein multidimensionales, kontextabhängiges und prozessorientiertes Phänomen betrachtet, das auf einer Vielzahl interagierender Faktoren beruht und somit nur im Sinne eines multikausalen Entwicklungsmodells zu begreifen ist. Ein solcher Prozessgedanke ist heute für das Verständnis von Resilienz unerlässlich.“ (Seiler Wustmann 2015, S. 32f.).

Wichtig zu bedenken ist, dass je jünger die Kinder sind, desto verletzlicher sind sie. Je älter sie werden, desto eher können sie auf Schutzfaktoren aktiv zurückgreifen und auch Resilienzfaktoren entwickeln und diese nutzen.

Die Wurzeln für die Entwicklung von Widerstandsfähigkeit liegen nicht nur allein im Kind selbst. Sie wird auch von der Umwelt des Kindes beeinflusst und ist als wechselseitigen Prozess zu verstehen. Da das komplexe Konzept von Resilienz erläutert wurde, muss nun auch ein Blick auf die Forschung in diesem Bereich gerichtet werden. Denn nur durch das damalige und heutige Forschen in diesem Bereich können Hypothesen bestätigt, widerlegt oder gar neue Dinge entdeckt werden.

3.3 Darstellung empirischer Resilienzforschungen

In den 1970iger Jahren untersuchte die Entwicklungspsychopathologie die Risikoeinflüsse auf die Entwicklung von Kindern. Hier heraus entwickelte sich die Resilienzforschung. Dabei wurde der Fokus nach und nach auf die Kinder gerichtet, die sich trotz widriger Lebensumstände gesund entwickelten. Großbritannien und Nordamerika (Rutter 1979, Garmezy 1984, Werner; Smith 1982) begannen die systematische Resilienzforschung. Auch in Deutschland wurde Ende der 1980iger Jahre die Resilienzforschung zu einem festen Bestandteil (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 13).

Wustmann Seiler (2015) erwähnt drei Erscheinungsformen, die in der Resilienzforschung genauer betrachtet werden. Dies sei zum einen die gesunde, positive Entwicklung trotz beständig hohem Risiko-Status, wie chronische Armut, elterliche Psychopathologie, beispielsweise der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, sowie einem niedrigen sozioökonomischen Status (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 19). Weiterhin die andauernde Kompetenz unter akuten Stressbedingungen, die auch unvorhergesehen auftreten können, beispielsweise

Scheidung der Eltern oder auch Verlust eines Geschwisters. Die dritte Erscheinungsform sei die schnelle und positive Erholung von traumatischen Erlebnissen (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 19). Daraus resultierend schließt Wustmann Seiler zwei Unterschiede im Resilienzkonzept. Zum einen sei es der Erhalt und zum anderen die Wiederherstellung der normalen kindlichen Funktionsfähigkeit (vgl.: ebd.). Ziel der heutigen Resilienzforschung sei es, besser zu verstehen, welche Bedingungen und Faktoren die psychische Stabilität und Gesundheit bei Kindern fördern und erhalten, die besonders schwierigen Lebensumständen ausgesetzt seien (vgl.: ebd. S, 22). Zwei bedeutende Studien sollen hier Beachtung finden. Weitere Studien zum Thema Resilienz sind unter anderem die „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ von Lösel und Bender (1999). Hierbei untersuchten sie Jugendliche, die in Heimen aufwuchsen, auf ihre seelische Widerstandsfähigkeit. Diese Studie kann zusammengefasst in Lösel; Bender (2008, S. 57ff.), Kaschta (2008, S. 47ff.), Wustmann Seiler (2015, S. 92ff.), oder auch Fröhlich-Gildhoff; Rönna-Böse nachgelesen werden (2014, S. 17f.). Einen kurzen Überblick über Längsschnittstudien in der Resilienz- und Schutzfaktoren- Forschung findet man in Bengel et al. (2009).

3.3.1 Die Kauai- Längsschnittstudie (Werner & Smith)

Diese Studie von Emmy E. Werner und Ruth S. Smith (1982, 1992, 2001) gilt als Pionierstudie in der Resilienzforschung.

Emmy E. Werner (2011) beschreibt Resilienz nicht als ein Charaktermerkmal, sondern viel mehr als ein Endprodukt von Pufferungsprozessen, welches dem Betroffenen ermöglicht, positiv mit Risiken und belastenden Ereignissen umzugehen. Sie bezeichnet die schützenden Faktoren als eine Verbesserung der Reaktion eines Menschen auf krisenbehaftete Ereignisse, sodass eine Adaption (Anpassung) erfolgreicher sein kann als sie es ohne diese schützenden Faktoren wäre (vgl.: ebd. S. 33). Die Längsschnittstudie von Werner und Smith (1982, 1992, 2001) wurde auf der hawaiianischen Insel Kauai durchgeführt. Hier begleiteten sie zu Beginn der 1950er Jahre den kompletten Geburtsjahrgang der Insel über mehrere Jahrzehnte. Die Studie hatte den Fokus auf dem Vergleich von resilienten und nichtresilienten Kindern. Sie ist die bekannteste und älteste systematische Studie zur Untersuchung von Resilienz. Hauptziel der Studie war es, die Langzeitfolgen prä- und perinataler Risikobedingungen, ebenso wie die Auswirkungen negativen Lebensumständen in der frühen Kindheit auf die kognitive, psychische und physische Entwicklung der Kinder herauszufinden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 87). Die Studie begann bereits während der pränatalen Entwicklungsperiode und war somit prospektiv. Insgesamt wurden 698 polynesischen und asiatischen Kinder, die auf der Insel geboren wurden, begleitet (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 87). Kurz zu den Rahmenbedingungen: Um

die Daten zu erheben wurden Interviews- und Verhaltensbeobachtungen durchgeführt, Persönlichkeits- und Leistungstests und Informationen von Gesundheits- und Sozialdiensten, Polizeibehörden und Familiengerichten waren ebenso Erhebungsinstrumente. Diese Daten wurden bereits im Geburtsalter sowie in den Lebensjahren 1, 2, 10, 18, 32 und 40 erhoben. Bei den letzten drei Erhebungen wurden die Probanden zusätzlich über ihre eigene Lebenssichtweise interviewt (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 87). Ein Drittel dieser Probanden wuchs unter hohen Risikobelastungen auf. Dies waren unter anderem die chronische Armut, psychische Erkrankung der Eltern, Geburtskomplikation, geringes Bildungsniveau der Eltern sowie familiäre Disharmonie (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 15f.).

Bereits hier kann die Verbindung zum ersten Kapitel der Alkoholsucht gesehen werden, da in dieser Studie die Probanden ebenfalls mit psychischen elterlichen Erkrankungen sowie einer familiären Disharmonie betroffen waren, wie die Kinder, die mit einem alkoholabhängigen Elternteil auswachsen.

Von diesen insgesamt 210 Kindern, auch „high-risk children“ (Werner & Smith 2001, S. 4) genannt, litten zwei Drittel bereits mit zehn Jahren unter schweren Lern- und Verhaltensstörungen. Manche wurden straffällig oder sehr früh schwanger (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 87). Das letzte Drittel entwickelte sich jedoch trotz dieser Risikobedingungen positiv. Nach diesen Ergebnissen galt es den Ursprung für diese Entwicklungsverläufe zu finden. Und somit rückte speziell das letzte Drittel der Kinder in den Fokus. In sämtlichen Studien zum Thema Resilienz, die Emmy E. Werner in insgesamt drei Kontinenten, unter anderem in Kauai durchführte, zeichnete sich deutlich ab, dass die Bewältigung auf wechselseitigen Effekten beruhe. Sie fand dabei einen gemeinsamen Kern: Das Zusammenspiel von schützenden Faktoren im Kind, schützenden Faktoren in der Umwelt des Kindes sowie protektive Faktoren innerhalb der Familie (Werner 2011, S. 34). Genau diese drei Gruppen von schützenden Faktoren, würden die resilienten Kinder von den nichtresilienten Kindern unterscheiden. Sie seien selbstsicherer, leistungsfähiger und würden zu fürsorglichen Erwachsenen heranreifen (vgl.: Werner 2011, S. 36). Zu den schützenden Faktoren im Kind zähle eine positive Temperamenteigenschaft, die es ermögliche, dass Bezugspersonen mit positivem Sorge- und Erziehungsverhalten auf das Kind reagieren. Diese Kinder waren ebenfalls früher im Stande sich selbst zu helfen sowie in der Sprachentwicklung und der Motorik weiter entwickelt als ihre Altersgenossen (vgl.: ebd. S. 37). Protektive Merkmale in der Familie seien eine enge und stabile Bindung. Ein Großteil dieser Fürsorge erhielten diese Kinder ersatzweise bei Großeltern, Tanten oder Lehrern. Ebenso teilten die Familien religiöse Überzeugungen. Dies gab den Kindern Stabilität und Bedeutung im Leben (vgl.: Werner 2011, S. 37). Die positiven

Faktoren, welche die Kinder in ihrem Umfeld fanden, seien ältere oder gleichaltrige Freunde, aber auch Ansprechpartner in der Gemeinde bei Krisensituationen. Lehrer, Nachbarn oder auch Pastoren werden hier aufgeführt (vgl.: Werner 2011, S. 37). Die Studie wies auf, dass problembehaftete Jugendliche sich im Laufe der Entwicklung von ihren Anpassungsproblemen erholt hätten. Dabei seien eine Reihe von Wendepunkten ausschlaggebend gewesen (vgl.: Werner 2011, S. 38).

Einer dieser Wendepunkte stelle unter anderem der Eintritt in eine religiöse Gemeinde dar. Hier würde die Gewissheit auf Erlösung, Struktur sowie das Dazugehören wichtige positive Merkmale darstellen. Die meisten davon waren Kinder alkoholkranker Eltern, die in ihrer Kindheit unter Misshandlungen litten (vgl.: Werner 2011, S. 39). Viele betroffene Kinder hätten emotionale Unterstützung bei ihren Geschwistern gefunden, was eine bedeutende Hilfe in der Bewältigung darstelle. Auch den Großeltern schreibt Werner (2011) eine große Bedeutung zu - besonders die Großmutter, die vor allem bei den Mädchen ein Halt gewesen wäre und die ihnen Fürsorge angedeihen ließe. Die Jungs hingegen würden sich an ihren Großvätern orientieren (vgl.: ebd. S. 40). Speziell die Söhne von alkoholkranken Vätern würden sich andere Verwandte, wie Onkels suchen, die sie respektieren könnten (vgl.: ebd.) Dies könnten sicherlich auch pädagogische Fachkräfte oder ältere Freunde sein, wenn Kinder nicht in großen Familien aufwachsen.

Im Erwachsenenalter der Probanden, welche bei den Datenerhebungen also 32 und 40 Jahre alt waren, ging es jedoch mindestens einer von sechs Personen schlecht. Sie fanden keine Arbeit oder hatten Streit mit der Familie. In der Regel kamen diese Probanden aus alkoholbelasteten Familien oder anderen psychischen Erkrankungen seitens der Eltern (vgl.: ebd. S. 42). Viele dieser Kinder verließen nach der Schulzeit ihr Elternhaus und suchten sich selbst ein Umfeld, welches sie schützte (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 88). Besonders wenn die Probanden Kinder von alkoholabhängigen Eltern waren und misshandelt wurden, hatten sie im Erwachsenenalter das Bedürfnis sich von ihrer Familie zu distanzieren (vgl.: Werner 2006, S. 36). Jedoch sei diese Balance zwischen altem Elternhaus und neuen Beziehungen außerhalb der Familie, oft belastend für die Probanden und wäre mit schmerzhaften Erinnerungen verbunden. Folgen dieses Abwägungsprozesses wären gesundheitliche Probleme und distanziertes Verhalten (vgl.: Werner 2006, S. 36).

Die Ergebnisse der Kauai Studie zeigen, wie die Verbindungen der individuellen Dispositionen, Stressoren und protektiven Faktoren über die Entwicklung vom Säugling bis hin zum Erwachsenen miteinander verknüpft seien (vgl.: Werner 2011, S. 43).

Werner und Smith untersuchten diese Verknüpfung in ihrer Studie und fanden heraus, dass denen, die eine erfolgreiche Bewältigung und Anpassung gelang, sich auf die

unterstützenden Angebote in ihrer Familie und ihrem Umfeld verlassen konnten. Mit diesen protektiven Faktoren verbesserten sie ihre Effizienz und Kompetenz, verringerten sich die Anzahl der negativen Lebenssituationen, denen sie in Folge begegneten und eröffneten ihnen neue Chancen (vgl.: Werner 2011, S. 43). Die Verbindung der protektiven Faktoren im Kind und seiner Umwelt seien wichtige Prozesse, die den Kindern helfen würden, Selbstbewusstsein und eine Selbstwirksamkeitsüberzeugung aufzubauen (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 88).

Wustmann Seiler (2015) merkt als Kritik bei dieser Studie an, dass Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren ebenso wie die Resilienz- und Schutzfaktoren nicht klar voneinander unterschieden werden (vgl.: ebd. S. 89).

Es wird die Komplexität des zuvor definierten Begriffes der Resilienz nun nochmals deutlich. Durch die Ergebnisse der Kauai Studie wird die Wechselbeziehung zwischen Kind, Familie und Umwelt bewiesen. Da auch Resilienz als eine Kompetenz verstanden wird, die erst erlernt und nicht angeboren ist, ist auch diese Entwicklung von anderen Faktoren geprägt. Diese beeinflussen sich wechselseitig und tragen zu dem Endergebnis bei. Dieses Endprodukt stellt dann die Resilienz dar. Durch diese Studie konnten protektive Faktoren identifiziert werden, die den Kindern helfen mit ihren Lebenssituationen umzugehen und gestärkt heraus zu treten.

In dieser Studie waren viele Probanden Kinder von alkoholabhängigen Eltern. Auch aus diesem Grund war es wichtig, diese Studie vorzustellen, da sie als Brücke zum ersten Kapitel gesehen werden kann.

Die Mannheimer-Risikokinderstudie ist eine bekannte deutsche Studie. Wie der Titel bereits verrät, hat diese Studie allerdings einen anderen Schwerpunkt.

3.3.2 Die Mannheimer-Risikokinderstudie (Laucht et al.)

Wie die Kauai Studie ist auch die Mannheimer-Risikokinderstudie eine prospektive Längsschnittstudie und begleitete insgesamt 362 Kinder, die in den Jahren 1986 bis 1988 geboren wurden. Diese Studie entstand vor dem Hintergrund der Kritik an den herkömmlichen Risikoforschungen. Ziel der Studie war, die umfassende Beschreibung der Entwicklungsmuster von Kindern mit frühen Risiken, das Bestimmen der entwicklungsmindernden Einflüsse früherer Belastungsfaktoren, das Erfahren der schützenden Rolle von Ressourcen sowie Kompetenzen des Kindes und seiner sozialen Umwelt ebenso wie die Bildung von Modellen, welche die differenziellen Entwicklungsverläufe erklären, zu erfahren (vgl.: Laucht et al. 2000, S. 246ff.). Auch die Verbesserung der Prävention und Früherkennung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen lagen im Fokus (vgl.: ebd.). In die Studie wurden Säuglinge aufgenommen, die folgenden Kriterien entsprachen: Es musste das erstgeborene Kind der Familie sein, bei leiblichen Eltern aufwachsen, aus einer deutschsprachigen

Familie stammen, keine Mehrlingsgeburten und keine schweren angeborenen Krankheiten oder Missbildungen aufweisen (vgl.: Laucht et al. 2000, S. 249). Als Risikofaktoren wurden sowohl psychosoziale als auch organische Belastungen bestimmt. Zu den organischen Risiken gehören die prä- und perinatalen Komplikationen, wie niedriges Geburtsgewicht oder auch Sauerstoffmangel. Zu den psychosozialen Belastungen gehören ungünstige familiäre Lebensumstände, wie niedriges Bildungsniveau der Eltern, disharmonische Partnerschaft oder auch ungewollte Schwangerschaft dazu (vgl.: Laucht et al. 2000, S. 249). Die Datenerhebungen fanden zu fünf Zeitpunkten der Entwicklung der Kinder statt. Beginnend mit dem dritten Lebensmonat und anschließend mit zwei Jahren, viereinhalb, acht und elf Jahren (vgl.: ebd. S. 246). Das Ausmaß der Belastungsfaktoren wurde in dieser Studie in einer Drei-Stufenskala eingeschätzt. Diese reichte von keine, leichte bis schwere Belastung (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 90). Die Kinder wurden in neun circa gleich große Risiko-Teilgruppen eingeteilt. Die von, weder organischen noch psychosozial belastenden bis hin zur maximal belastenden Kindergruppe in beiden Risikodimensionen eingeteilt war. Die Datenerhebungen fanden durch Interviews, Krankenhausinformationen, Entwicklungstests, Verhaltensbeobachtungen und videogestützte Mikroanalyse der Mutter-Kind-Interaktion statt (vgl.: ebd.). Ein großes Interesse fand in dieser Studie die Mutter-Kind-Interaktion. Sie sei signifikant für die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes im Alter von zwei, viereinhalb und acht Jahren gewesen (vgl.: ebd. S. 91). Die Ergebnisse dieser deutschen Studie konnten die Aussagen von Werner bestätigen. Zudem aber verdeutlichen, welche Risiken besonders dazu beitragen, die kindliche Entwicklung zu beeinträchtigen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 16). Die Ergebnisse seiner Studie fasst Laucht (2000) kurz zusammen: Die negativen Folgen der organischen und psychosozialen Risiken, seien bis ins Grundschulalter von acht Jahren nachweisbar (vgl.: Laucht 2000, S. 246). Die Auswirkungen der psychosozialen Risiken zeigen Auswirkungen auf die kognitiven sowie die sozial-emotionalen Funktionen. Die organischen Belastungen hingegen würden vor allem die motorische und kognitive Entwicklung beeinflussen (vgl.: Laucht 2000, S. 246.). Durch diese Ergebnisse zeigt sich, dass die kognitiven Funktionen der Kinder sowohl durch die organischen als auch die psychosozialen Belastungsfaktoren gleichbedeutend beeinflusst werden. Laucht (2000) verweist weiter darauf, dass diese aufgezeigten Risiken sich in ihren negativen Konsequenzen gegenseitig bestärken würden (vgl.: Laucht 2000, S. 246.). Diese Ergebnisse seien von dem Ausmaß der Risikobelastung abhängig, ebenso welche Funktionen des Kindes betroffen waren und der Entwicklungsphase in der sich die Kinder befanden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S.

91), (Kaschta 2008, S. 46f.). Die bis dato gezogenen Schlussfolgerungen zeigen, dass die frühkindlichen Risiken spezifische und langfristige Folgen haben. Die Kinder, die unter den organischen und psychosozialen (multiplen) Risikofaktoren litten, seien in ihrer Entwicklung am stärksten negativ betroffen. Die ausführlichen Informationen über die Vorgehensweise sowie den Ergebnissen können in Laucht (2000) vertiefend nachgelesen werden.

3.3.3 Fazit aus den beiden Studien

Diese zwei Studien ergänzen sich in ihren Ergebnissen. Die Mannheimer-Risikokinderstudie bestätigt die Aussagen von Werner und Smith mit den protektiven Schutzfaktoren. Darüber hinaus erweitern sie dieses Konzept, indem sie nochmals einen Blick darauf werfen, welche Risiken die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen. Die Mannheimer Studie hat bewiesen, dass die psychosozialen und organischen Belastungen im Säuglings- und Kindesalter bis zur Schulzeit nachzuweisen sind. Die betroffenen Kinder litten dreimal häufiger unter Beeinträchtigungen als andere Kinder. Die Ergebnisse unterstreichen die hohe Bedeutung früher organischer und psychosozialer Risiken. Die Auswirkungen der psychosozialen Belastungsfaktoren zeigen sich deutlich in den kognitiven, ebenso wie in den sozial-emotionalen Funktionen der Kinder. Auch die organischen Belastungen wirkten sich auf die kognitive und motorische Entwicklung aus. Somit sind die kognitiven Entwicklungen durch beide Belastungsfaktoren gefährdet. Die Folgen sind jedoch vom Ausmaß der Risikofaktoren, der Entwicklungsphase des Kindes und davon abhängig, welche Funktionen betroffen sind. Ein Wirkungsmechanismus wird deutlich, wie bereits Werner und Smith ihn angedeutet haben. Auch bei ihren analysierten protektiven Faktoren sei ein Zusammenwirken ausschlaggebend für das Ergebnis. Die Schutzfaktoren im Kinde, seiner Umwelt und der Familie beeinflussen sich gegenseitig und puffern oder dämpfen somit die Risikofaktoren. Sie interagieren und verstärken sich gegenseitig. Nur so kann eine gesunde Bewältigung dieser Lebensumstände stattfinden. Beide Studien weisen auf die Wichtigkeit stabiler Bezugspersonen innerhalb und außerhalb der Familie hin. Dieser Schutzfaktor sei ein sehr bedeutender und soll hier nochmals betont werden. Dieses Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen und zu jeder Lebensphase unterschiedlich agieren können, ist als Prozess zu verstehen. Auch dieser Wirkungsmechanismus wird im Laufe dieser Arbeit thematisiert.

3.4 Risiko- und Schutzfaktoren

Früher wurden Risiko- oder Schutzfaktoren der Entwicklung als gegensätzlich und schwer veränderbar angesehen. In der heutigen Resilienzforschung wird hingegen betont, dass die psychische Widerstandsfähigkeit nicht die Unverwundbarkeit bedeute, sondern das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren die Ausprägung beeinflussen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 13). Um Resilienz entwickeln zu können, benötige man angemessene Belastungssituationen, beziehungsweise Stressoren, damit entsprechende Bewältigungsstrategien ausgebildet werden könnten. Innerhalb dieser Lebenssituationen müssten die Kinder Aufgaben und Anforderungen erfolgreich bewältigen, um Resilienz zu entwickeln. Würden diese Anforderungen oder der Stress zu gering sein, so würde dies andererseits dazu führen, dass Resilienzfähigkeit nicht ausreichend gefördert werde (vgl.: ebd. S. 15). Zentrale Konzepte der Resilienzforschung stellen das Risikofaktorenkonzept und das Schutzfaktorenkonzept dar. Diese werden im folgenden Teil aufgezeigt.

3.4.1 Merkmale des Risikofaktorenkonzepts

Ein Risikofaktor sei ein Merkmal, dass bei Personen, auf die dieses Merkmal zutrifft, die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine Störung auftritt (vgl.: Frick 2011, S. 200). Diese Faktoren begünstigen somit die Ausprägung von Störungen oder können die Entwicklung der Kinder im negativen beeinträchtigen oder gar zu seelischen Störungen führen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 20). Bei diesem Konzept muss zwischen zwei Arten von Risikofaktoren unterschieden werden. Diese sind die Vulnerabilität und die Risikofaktoren.

3.4.1.1 Vulnerabilität

Die kindbezogenen *Vulnerabilitätsfaktoren* stellen eine Gruppe von insgesamt zwei möglichen Entwicklungsgefährdungen im Kindesalter dar. Dies sind die biologischen und psychologischen Faktoren, die vom Kind selbst kommen. Die Vulnerabilität an sich wird ebenfalls in zwei Faktoren unterschieden. Hier gebe es zum einen die *primären Vulnerabilitätsfaktoren*, die von Geburt an vorhanden seien wie zum Beispiel genetische Dispositionen oder auch ein schwieriges Temperament. Zum anderen gebe es die *sekundären Vulnerabilitätsfaktoren*, welche sich erst im Laufe der Zeit entwickeln würden, wie beispielsweise ein negativ geprägtes Bindungsverhalten. Diese Vulnerabilität entwickle sich also erst durch die Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt (vgl.: Kaschta 2008, S. 41). Vulnerabilität beziehe sich somit auf die psychologischen und biologischen Merkmale des Kindes in Bezug auf seine Schwächen, Defizite und Defekte (vgl.: ebd.). Es werden Parallelen zu der Resilienz deutlich. Die Vulnerabilität stellt nämlich das negative Gegenstück zur Resilienz dar

(vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 22). Die Mannheimer Risikokinderstudie habe herausgefunden, dass die Vulnerabilitätsfaktoren eine nicht so gravierende negative Rolle bei der kindlichen Entwicklung spielen, die psychosozialen Risikofaktoren auch Stressoren genannt hingegen sehr bedeutend seien (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 20).

3.4.1.2 Risikofaktoren/Stressoren

Die zweite Gruppe seien die Risikofaktoren oder auch Stressoren genannt (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 36). Dies seien im Gegensatz zur Vulnerabilität psychosoziale Merkmale die sich in der Umwelt des Kindes wiederfinden. Hier müsse zwischen vier Formen unterschieden werden. Den *diskreten Risikofaktoren*, die ihre Wirkung nur zu bestimmten Zeitpunkten zeigen würde, zum Beispiel in kritischen Lebensereignissen. Zum anderen unterscheidet man die *kontinuierlichen Risikofaktoren*. Bei diesen Faktoren sei die Wirkung immer gegeben, wie beispielsweise Armut. Des Weiteren sind *proximalen Faktoren* zu verzeichnen. Hier betreffen die Auswirkungen direkt das Kind wie beispielsweise Streitigkeiten der Eltern. Die vierte Form sind die *distalen Risikofaktoren*. In diesem Falle seien die Auswirkungen über Mediatoren und somit indirekt für das Kind. Hierunter könnte die Eltern-Kind-Interaktion verstanden werden (vgl.: ebd.).

Das Risiko- und das Vulnerabilitätskonzept hängen miteinander zusammen und beeinflussen sich gegenseitig, daher muss diese Verbindung der beiden Faktorengruppen genannt werden. Es sei naheliegend, dass das Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren zur selben Zeit eine höhere Wahrscheinlichkeit darstelle, die Entwicklung negativ zu beeinflussen. Das Auftreten von vier Risikofaktoren zur selben Zeit würde das Risiko zehnmal erhöhen eine psychische Störung zu entwickeln (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 25). Jedoch müsse das Risikofaktorenkonzept als ein Wahrscheinlichkeitskonzept angesehen werden. Denn es lasse sich nie mit Sicherheit sagen, ob Entwicklungsdefizite auftreten oder nicht (vgl.: Frick 2011, S. 202). Des Weiteren ist die Entstehung von Störungen bei den Kindern immer auch von dem Entwicklungsstandes des Kindes abhängig (vgl.: ebd.). Es gebe Phasen einer erhöhten Vulnerabilität, also Zeiträume in denen das Kind verletzlich und anfälliger sei. Beispielsweise bei Transitionen, wenn das Kind in die Kindertagesstätte oder Krippe eingewöhnt wird. Diese Übergänge seien kritische Phasen, da viele Anforderungen gleichzeitig an das Kind gestellt werden, die es bewältigen müsse. Wenn in diesen Phasen der erhöhten Vulnerabilität risikoerhöhende Situationen auftreten, steige die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind sich unangepasst entwickle (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 24). Ein besonders extremer Fall von Risikobedingungen stellen traumatische Erlebnisse dar. Diese Erlebnisse

würden als existenziell bedrohlich und unabwendbar wahrgenommen werden und seien mit einem Kontrollverlust verbunden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 39). Diese Erfahrungen würden den Rahmen der vorhersehbaren Erfahrungsspielräume sprengen. Dazu gehören unter anderem Kriegs- oder Terrorerlebnisse, Tod eines Elternteiles aber auch das Erleben von Gewalttaten. Hier führt Wustmann Seiler auch explizit körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung oder seelische Gewalt auf (vgl.: ebd. S. 40). Somit kann auch das Aufwachsen mit einem alkoholabhängigen Elternteil und dem Erfahren von Gewalt oder Vernachlässigung als traumatisches Erlebnis gesehen werden. So oder so stellt die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils einen enormen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar. Oftmals treten Risikofaktoren nicht isoliert auf, sondern summieren und verstärken sich gegenseitig. Daher sei es die Anzahl, die Art, die Dauer und Intensität der Risikofaktoren, die unter anderem für das Ausmaß der Beeinträchtigung ausschlaggebend seien (vgl.: ebd. S. 41). Eine entscheidende Rolle spiele allerdings auch das subjektive Empfinden der Kinder in diesen Situationen. Welche Bedeutung und Ursache das Kind den negativen Lebensumständen beimesse, sei besonders bedeutend. Aus diesem Grunde können keine pauschalen Antworten oder Prognosen über die Entwicklung der Kinder gegeben werden, da jedes Individuum unterschiedlich mit Situationen umgeht und diese verarbeitet (vgl.: ebd. S. 43f.).

Als kurzes Zwischenfazit soll hier nochmals der Bezug zu den ersten zwei Kapiteln dieser Arbeit aufgezeigt werden. Die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils stellt durch die Ausführung der Mannheimer Risikokinderstudie sowie die Kauai-Studie einen deutlichen Risikofaktor dar. Die mit der Krankheit möglicherweise einhergehenden zusätzlichen familiären Belastungen, die in den ersten Kapiteln beschrieben wurden wie Co-Abhängigkeit, Vernachlässigung und negativ geprägtes Bindungsverhalten, zeigen deutlich, dass Risikofaktoren nicht isoliert, sondern gehäuft auftreten. Die Alkoholabhängigkeit lässt sich meinem Erachten nach auf alle vier Formen der Risikofaktoren beziehen. Sie stellen ein kritisches Lebensereignis für das Kind dar, wenn der Vater beispielsweise in eine Klinik eingeliefert wird. Die Sucht an sich ist, so lange sie gelebt wird, ein kontinuierlicher Faktor. Auch als proximalen Faktor kann es gesehen werden, wenn die Eltern aufgrund der Krankheit ständig streiten. Aber auch als distalen Faktor, da die Eltern-Kind-Interaktion wegen der veränderten Verhaltensweisen, welche die Abhängigkeit mit sich bringt, negativ beeinflusst wird.

Werner und Smith hatten in ihrer Kauai Studie auf Hawaii viele Probanden, die mit alkoholkranken Eltern aufwuchsen. Sie legten einen besonderen Fokus auf die protektiven Faktoren, die es den Kindern ermöglichen sich trotz hoher Belastungen, gesund zu entwickeln. Es kristallisierten sich schützende Kräfte in den Kindern selbst

sowie Schutzfaktoren innerhalb der Familie und in der Umwelt der Kinder heraus. Dieses Schutzfaktorenkonzept soll nun ebenfalls Beachtung finden.

3.4.2 Schutzfaktorenkonzept

Schutzfaktoren können als Merkmale verstanden werden, die das Auftreten von unangepassten Entwicklungen oder psychischen Störungen abmildern und die Wahrscheinlichkeit auf eine positive Entwicklung steigern. Als Voraussetzung dafür, dass diese Schutzfaktoren wirken können, müssten sie zeitlich vor den risikoerhöhenden Belastungsfaktoren auftreten um die Auswirkung abmildern zu können (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 27). Ein Schutzfaktor sei nur dann wirksam, wenn eine Belastung oder Gefahr vorliege. Ist dies nicht der Fall, könne nicht von einem protektiven Faktor als solcher gesprochen werden. Wirkt er dennoch positiv, so sei dieser Schutzfaktor, beispielsweise eine positive Bindung, als ein genereller entwicklungsförderlicher Faktor anzusehen (Wustmann Seiler 2015, S. 45). Liegt also ein risikomildernder Einfluss vor, so kann die negative Auswirkung der Belastung gemindert oder abgefangen werden. Wenn allerdings kein schützender Faktor vorliege, so komme der Risikoeffekt vollständig zum tragen (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 45). Es werde deutlich, dass den Schutzfaktoren eine Schlüsselfunktion in dem Bewältigungsprozess des Kindes zukomme. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind gegenüber Stressoren und negativen Lebensumständen gerüstet sei (vgl.: ebd. S. 46). Die protektiven Faktoren werden in personalen und sozialen Ressourcen unterschieden. Es werde somit zwischen den Eigenschaften des Kindes und den schützenden Faktoren in der kindlichen Umwelt differenziert. Wie oben bereits erwähnt, haben unter anderem Werner und Smith in ihrer Kauai-Studie protektive Faktoren herausfinden können. Allein die Tatsache, dass Kinder Eigenschaften und Fähigkeiten erst durch die Interaktion mit anderen Menschen lernen, zeigt auf, wie diese drei Faktoren sich auch in ihrer Schutzwirkung gegenseitig beeinflussen und zusammen wirken. Die risikomildernden Faktoren summieren und verstärken sich gegenseitig, ebenso wie die risikoerhöhenden Faktoren. Diese multiplen Ressourcen seien eine Chance für eine gesunde Entwicklung und gute Anpassung an risikoreiche Lebensumstände so Wustmann Seiler (2015) weiter. Eine Zuordnung von Eigenschaften, in die drei Bereiche soll einen kurzen Überblick verschaffen. Zu den *personalen Ressourcen* gehören zum einen die *kindbezogenen Faktoren*. Hierzu zählen ein positives Temperament und die Resilienzfaktoren, die im Laufe der Entwicklung durch Interaktion mit der Umwelt erworben werden würden. Ebenso würde die erfolgreiche Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben zur Entwicklung von Resilienzfaktoren beitragen (vgl.: ebd. S. 46). Hierzu zählen ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwahrnehmung, ein adäquater

Umgang mit Stress, Problemlösefähigkeit und ein aktives Bewältigungsverhalten (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 29); (Wustmann Seiler 2015, S. 46f.). Zu den *sozialen Ressourcen* gehören die *umweltbezogenen Faktoren*, die zum einen *innerhalb der Familie* liegen - beispielsweise eine stabile Bindung zu einer Bezugsperson oder auch harmonische Paarbeziehung der Eltern. Und andererseits auch *im näheren Umfeld* des Kindes zu finden seien, wie Kindertageseinrichtungen, mit klaren Strukturen und wertschätzenden Haltung, ebenso wie die positive Verstärkung des Kindes bei herausfordernden Aufgaben sowie kompetente und fürsorgliche Nachbarn, Lehrer oder andere Menschen (vgl.: ebd. S. 31). Einen weiteren risikomindernden Faktor stelle das Geschlecht des Kindes dar. Dies ist ebenfalls ein spannender Bereich, wie bereits bei der Alkoholthematik. Jedoch kann diesem Punkt innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht ausreichend Würdigung geschenkt werden. Vertiefend lohnt es sich bei Wustmann Seiler (2015) sowie in Opp; Fingerle (2008) nachzulesen. Es sei allerdings zu erwähnen, dass für die Mädchen in besonderer Weise personale Eigenschaften, wie Problemlösefähigkeit oder auch das Temperament, von Bedeutung wären. Bei den Jungen hingegen sei es die Unterstützung von außen (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 47). Nach der Kauai-Studie seien bei den Mädchen ein umgängliches Temperament ein Indiz für die erfolgreiche Problemlösefähigkeit im Erwachsenenalter. Bei den Jungen hingegen sei die familiäre Stabilität und die positive Mutter-Kind-Interaktion von Bedeutung (vgl.: ebd. S. 48). Kurz gesagt sind Schutzfaktoren nur dann Schutzfaktoren, wenn sie etwas beschützen, abmildern oder eine Pufferwirkung auf negative Belastungen haben. Der protektive Faktor kann nur als solcher wirken, wenn eine Belastung vorliegt. Liegt kein Risiko vor, dann kann es lediglich als entwicklungsfördernde Eigenschaft oder Bedingung gesehen werden. Ebenso müssen diese schützenden Merkmale zeitlich vor dem Belastungsfaktor auftreten, um diesen abschwächen oder gar gänzlich unwirksam zu machen. Schutzfaktoren verstärken sich ebenso wie die Risikofaktoren gegenseitig und wirken zusammen. Sie treten somit ebenfalls nicht isoliert auf.

3.4.2.1 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Durch die Studien zur Resilienz wurden generelle Schutzfaktoren analysiert, die den Kindern bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen helfen. Mittlerweile geht die Forschung auch der Frage nach spezifischen Schutzfaktoren für unterschiedliche Problemfelder nach (Lenz 2014, S. 164). Dies sei speziell für die Praxis von Bedeutung. Hierdurch könnten neue Ansatzpunkte für die Ressourcenstärkung herausgezogen werden (vgl.: ebd.). Es gäbe zwischenzeitlich mehrere empirische Zeichen dafür, dass die resilienten Kinder von psychisch kranken Eltern über weitere besondere protektive Faktoren verfügen würden. Diese würden im

besonderen Maße dazu beitragen, die krisenbehafteten Lebensumstände positiv zu bewältigen. Diese Faktoren seien zum einen das Krankheitswissen beziehungsweise *Krankheitsverstehen* und ein *aktiver und offener Umgang mit der Krankheit* innerhalb der Familie (vgl.: Lenz 2014, S. 164). Voraussetzung, dass diese speziellen Schutzfaktoren überhaupt wirken können, ist der Entwicklungsstand des Kindes. Albert Lenz (2014) führt hier als Bedingung an, dass es bei dem Krankheitsverstehen nicht um reine Informationsvermittlung über die Krankheit gehe, sondern um das Verständnis, welches durch altersgemäße Aufklärung der Kinder ermöglicht werden solle (vgl.: ebd. S. 165). Und zwar ein Verständnis über die Auswirkungen, über die Verhaltensweisen und die Belastung die die Krankheit mit sich bringe. Dabei solle an den Ängsten und Gedanken der Kinder angeknüpft werden. Nur so könnten sie ihre Situation verstehen und diese aktiv bewältigen. Große Wichtigkeit hierbei sei es Hoffnung, positive Zukunftserwartungen und Mut zu vermitteln (vgl.: ebd.). Auch der zweite angesprochene spezielle protektive Faktor soll kurz genannt werden. Hier führt Lenz (2014) an, dass es ausschlaggebend sei, wie die Familienmitglieder oder andere Bezugspersonen mit der Krankheit umgehen würden, denn diese beobachtbaren Verhaltensweisen würden Kinder oftmals übernehmen. Das positive Vorleben mit dem Umgang der Krankheit von Familienmitgliedern helfe den Kindern selbst besser mit der Situation klar zu kommen (vgl.: ebd. S. 166). Es würde zudem Zuversicht und Hoffnung vermitteln. Dieser offene Umgang schließe auch das Schweigegebot aus, welches, wie bereits erwähnt, in vielen Familien herrsche. Diese Offenheit innerhalb und auch außerhalb der engsten Familie würde den Betroffenen bei der Suche nach Hilfe entlasten (vgl.: Lenz 2014, S. 167). Lenz warnt jedoch zugleich vor der Stigmatisierung bei der Öffnung nach außen. Daher müsse hier darauf geachtet werden, wem die Betroffenen was und wie viel erzählen möchten (vgl.: ebd.).

Den Ausführungen von Lenz gilt es meinem Erachten nach zu zustimmen und weiter zu differenzieren. Die genannten Schutzfaktoren sind meinem Erachten nicht generell als Bewältigungshilfe anzusehen, hier kommt es auf die richtige Umsetzung und die individuelle Situation der Kinder an. Zudem spielt die Art der psychischen Krankheit eine signifikante Rolle. Besonders bei der Öffnung nach außen. Alkoholabhängigkeit ist weit verbreitet und dennoch nicht akzeptiert. Depressionen oder Burnout hingegen nehmen in der heutigen Gesellschaft immer weiter zu. Sie scheinen schon beinahe zu einer erfolgreichen Berufslaufbahn dazu zu gehören. Immer mehr Menschen leiden darunter und treten mit dieser Erkrankung an die Öffentlichkeit. Alkoholabhängige beziehungsweise Suchterkrankungen im Allgemeinen haben es mit der Akzeptanz in der Gesellschaft eher schwerer. Ihnen wird häufig nicht genug Ehrgeiz und Wille vorgeworfen, um diese Krankheit zu besiegen. Es muss meinem Erachten nach auch

dahingehend differenziert werden, ob die Person aktuell unter der Alkoholabhängigkeit leidet oder ob sie sich in einer „Trockenen Phase“ befindet. Trockene Alkoholiker können meist besser zu ihrer Krankheit stehen, da sie den Schritt der Einsicht und des Entzuges bereits hinter sich haben oder sich zeitgleich in einer Therapie befinden. Suchtkranke Menschen, die ihre Krankheit leugnen, wollen meist nicht, dass ihre Kinder über die Krankheit sprechen, da ihnen selbst oftmals der klare Blick auf die Realität und somit auf ihre Krankheit fehlt.

Damit diese beiden Faktoren bei der kindlichen Bewältigung unterstützend wirken können ist die Beziehung und die Familienatmosphäre an sich ein wichtiger Indikator. Aufgrund der beiden genannten Studien, welche die Bedeutung der positiven Bindung zwischen Kind und Bezugspersonen deutlich hervorgehoben haben, soll diesem Schutzfaktor nochmals besonders Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3.4.2.2 Bindung als besonderer Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Resilienzforschung nach Werner und Smith hat gezeigt, dass zwei besonders bedeutsame äußere Schutzfaktoren ausschlaggebend für die gesunde Entwicklung der Kinder waren. Dies sei zum einen eine gute Mutter-Kind-Beziehung sowie eine gute und emotionale Beziehung zu einer anderen Bezugsperson gewesen (vgl.: Kähni 2003, S. 122). Durch diese Erkenntnis wird die Bedeutung von positiven Bindungen im Kindesalter nochmals verdeutlicht. Frühere stabile Bindungen seien als Schutz-Resilienzfaktor besonders wichtig. Dies habe Auswirkungen auf eine positive Anpassungsfähigkeit (vgl.: Werner 2011, S. 41f.). Hier muss kurz erwähnt werden, dass Bindung als Konstrukt aus der Entwicklungspsychologie kommt und als Bestandteil einer gesunden positiven kindlichen Entwicklung allgemein angesehen werde und nicht primär als Schutzfaktor für kritische Lebensereignisse erforscht und entwickelt worden wäre (vgl.: Bengel et al. 2009, S. 92). Dennoch wird explizit betont, dass eine positive und sichere Bindung an eine Bezugsperson sowie ein soziales Netzwerk für diese Kinder besonders bedeutsam für eine gesunde Entwicklung seien (vgl.: Kaschta 2008, S. 51). In Bezug auf das Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern, sei dies der wichtigste protektive Faktor (vgl.: ebd.). Damit eine positive Beziehung zu Bezugspersonen - seien es Eltern, Verwandte oder auch pädagogische Fachkräfte - aufgebaut werden könne, bedarf es Wertschätzung, Vertrauen und Respekt als Basis (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 18). Dabei sei die Qualität der Bindung ausschlaggebend (vgl.: Bengel et al. 2009, S. 91). Es ver helfe den Kindern zu mehr Selbstvertrauen und einem positiven Selbstkonzept (vgl.: Kaschta 2008, S. 51). Wie im zweiten Kapitel bereits erwähnt, können die Folgen der elterlichen Sucht nicht pauschal beantwortet werden. Hierbei käme es unter anderem auch darauf an, in wie

weit die betroffenen Kinder ihre Bindungsbedürfnisse erfüllen können (vgl.: Ahnert 2008, S. 344). Somit haben auch Kinder alkoholabhängiger Eltern die Chance sich trotz schwieriger Lebensumstände gesund zu entwickeln, wenn sie die Möglichkeit haben zu dem nicht abhängigen Elternteil oder ersatzweise anderen Bezugspersonen eine kontinuierliche positive Bindung aufzubauen. Welche Schutzfaktoren die Familie im Allgemeinen bieten kann, ist bei Bengel et al (2009) nachzulesen.

3.4.3 Das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko und Schutzfaktoren könnten nicht nur als separat nebeneinanderstehende Bedingungen gesehen werden. Vielmehr sind es die zugrunde liegende Wirkungsmechanismen und Prozesse, die es genauer zu betrachten gilt. Dies müsste auch in der Resilienzforschung noch weiter fokussiert werden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 48). Nach heutigen Erkenntnissen gehe man verstärkt davon aus, dass Risiko- und Schutzeffekte nun stärker im Zusammenhang der sozialen Kontexte der Kinder betrachtet werden müssten. Denn je nach Risikosituation würde sich erst zeigen, wie risikomindernde oder risikoerhöhende Faktoren wirken. Zum einen könne der Faktor „elterliche Strenge“ als Schutzfaktor bei in Armut lebenden Jugendlichen wirken, in anderen sozialen Kontexten, wie Kindern von psychisch kranken Eltern, jedoch als Risikofaktor (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 50). Zudem ist der Wirkungsmechanismus von Risiko- und Schutzfaktoren von den Entwicklungsphasen der Kinder abhängig, so Wustmann Seiler weiter. Sie führt als Beispiel das Verhalten der überbehütenden Mutter an. Dies könne spätestens im Jugendalter zu einem Risikofaktor werden, da die Autonomie des Kindes gehemmt werden und die Trennung vom Elternhaus dadurch erschwert werden würde. Was nun also schützend wirke, sei immer von den jeweiligen individuellen Bedingungskonstellationen abhängig (vgl.: ebd.). Um die Bandbreite der Wirkungsmechanismen von Risiko- und Schutzfaktoren jedoch vollkommen nachvollziehen zu können bedarf es weiteren prospektiven Längsschnittstudien. Hierbei solle auf die Kombination sowie die Abfolge der auftretenden Risikobedingungen geachtet, aber auch die verschiedenen Einflussebenen, Alters und geschlechtsspezifische Unterschiede bedacht werden (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 54). Weitere Anforderungen, die an zukünftige Resilienzforschung gestellt werden, kann bei Wustmann Seiler 2015 als Zusammenfassung gelesen werden.

Die Abbildung 4 im Abbildungsverzeichnis gibt einen Überblick über die wichtigen Aspekte der Risiko- und Schutzfaktoren. Kurz zur Erläuterung der Grafik: Auf der einen Seite stehen risikoerhöhende Bedingungen der kindlichen Entwicklung. Wie bereits erwähnt, gibt es im Verlauf der kindlichen Entwicklung Phasen der erhöhten Vulnerabilität. Auch diese können in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren die

kindliche Entwicklung beeinflussen. Dem gegenüber stehen die protektiven Bedingungen als interne sowie externe Schutzfaktoren aufgeführt. Diese werden in kindbezogene-, resilienz- und umweltbezogene Faktoren ebenso wie allgemeine entwicklungsförderliche Bedingungen unterschieden. Diese gegenüberstehenden Bedingungen ergeben: Anpassung versus Fehlanpassung. Erst mit Hilfe dieser Gegenüberstellung können Aussagen über die Belastung des Kindes und der Familie, ebenso wie Vermutungen über mögliche Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf getroffen werden. Die Wahrscheinlichkeit Risikosituationen positiv zu bewältigen, ist höher je mehr schützende Bedingungen vorliegen, um die Risikofaktoren abzumildern und sich trotz dieser negativen Effekte positiv zu entwickeln (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 56).

Auf der Basis der bisherigen Erforschung des Zusammenspiels von Risiko- und Schutzfaktoren sind unterschiedliche Modelle entstanden, die versuchen diese Wirkungsmechanismen zu erklären (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 36). Da nicht alle Modelle in dieser Arbeit Platz finden können, wird sich auf das Modell nach Kumpfer (1999) beschränkt. Er hat in seinem Rahmenmodell der Resilienz versucht die derzeitigen Forschungsergebnisse, ebenso wie die dynamischen Prozesse zwischen den Merkmalen der Lebensumwelt und des Kindes sowie das Entwicklungsergebnis zu berücksichtigen (vgl.: ebd. S. 36), (Wustmann Seiler 2015, S. 62). Er unterscheidet dabei zwei Transaktionsprozesse. Diese seien das Zusammenspiel von Person und Entwicklungsergebnis, in diesem Modell als Resilienzprozess und Anpassungsmechanismus bezeichnet, ebenso wie von Person und Umwelt. Des Weiteren werden vier Einflussbereiche, auch Prädiktoren genannt, unterschieden. Hierzu gehören der akute Stressor, Umweltbedingungen, personale Merkmale und das Entwicklungsergebnis (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 37). Das Schaubild des Rahmenmodells von Resilienz (Abb. 5) verdeutlicht diesen Wirkungsprozess der beteiligten Dimensionen und soll kurz beschrieben werden.

Belastungen beziehungsweise Stressoren treffen auf Umweltbedingungen des Kindes. Innerhalb dieser Umweltbedingungen finden sich Risikofaktoren sowie Schutzfaktoren, die innerhalb und außerhalb der Familie zu finden sind. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und werden zudem von Geschlecht, Entwicklungsstand und Kultur moderiert. Nun findet der erste Transaktionsprozess zwischen Kind und seiner Umwelt statt. Dieser Prozess ist von der individuellen Sichtweise des Kindes, der Ursachenzuschreibung, der Bindung an soziale Netzwerke und den bereits erlernten Bewältigungsstrategien abhängig. Hier spielen personale Ressourcen auch Resilienzfaktoren eine wichtige, einflussreiche Rolle. Unter anderem der Glaube und Motivation, die Situation zu bewältigen, das Temperament des Kindes sowie die

emotionale Stabilität wirken sich auf die Art der Bewältigung des Kindes auf diesen Stressor aus. Der letzte Transaktionsprozess, meint die effektiven oder auch uneffektiven Bewältigungsprozesse, die sich in unterschiedlichen Entwicklungsergebnissen zeigen. Hier ist ein Anpassungsmechanismus durch all die vorliegenden Dimensionen gemeint. Dieser Bewältigungsprozess kann letztlich zu einem positiven Entwicklungsergebnis führen, in dem das Kind neue Kompetenzen aus dieser Belastungssituation gewonnen hat oder zu einem negativen Entwicklungsergebnis führen, welches psychische Beeinträchtigung zur Folge haben kann (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 62ff.). Ein weiteres Modell von Wolin und Wolin (1995) soll aufgrund der Alkoholthematik dieser Arbeit ebenfalls genannt werden.

3.4.4 Alkohol und Resilienz: Challenge-Modell nach Wolin & Wolin (1995)

Um die Verbindung der ersten Kapitel mit dem der Resilienz nochmals zu verdeutlichen, wird das Challenge-Modell vorgestellt. Resiliente Fähigkeiten finden sich auch bei Kindern alkoholabhängiger Eltern wieder. Hier sei es entscheidend, wie ein Kind seine Situation wahrnimmt und interpretiert (vgl.: Zobel 2006, S. 55). Wolin und Wolin unterscheiden zwei ausschlaggebende Reaktionsweisen von Kindern alkoholabhängiger Eltern. Wenn das Kind die familiäre Situation primär als *Herausforderung* (challenge) wahrnimmt, so seien die krankmachenden Einflüsse der Eltern nicht so schädigend für das Kind und sie würden in ihrem weiteren Entwicklungsverlauf Stärken und Resilienzen zeigen. Nehmen die Kinder diese negativen Einflüsse der Familie als *schädigend* wahr, so sei es naheliegend, dass sich Störungen entwickeln würden (vgl.: ebd.) Die Abbildung 6 im Abbildungsverzeichnis zeigt das Challenge-Modell als Grafik. Die subjektive Wahrnehmung des Kindes ist in diesem Modell eine ausschlaggebende Variable (vgl.: Zobel 2006, S. 55). Wenn somit das Kind sich selbst die Schuld an der Suchterkrankung des Vaters gebe, so sei dies schädigend für das Selbstkonzeptes des Kindes und habe Auswirkungen auf dessen Entwicklung. Um Kinder davor zu schützen, sei es daher wichtig resilientes Verhalten und Einstellungen aufzubauen (vgl.: Zobel 2006, S. 56). Hierzu benötige es Bezugspersonen wie pädagogische Fachkräfte, Lehrer die dies ermöglichen. Wolin und Wolin haben zudem durch klinische Interviews insgesamt sieben Resilienzen, wie sie es nennen, herausgefunden, die Kindern aus alkoholbelasteten Familien vor den Folgen dieser Lebensumstände schützen würden (vgl.: ebd.). Die Entwicklung dieser sieben Resilienzen führen die Autoren von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter auf (vgl.: Abb. 7). Diese sieben Resilienzen seien Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Kreativität, Initiative, Humor und Moral (vgl.: ebd. S. 56). Alle sieben Resilienzen können hier nicht im Detail geschildert, aber in Lenz (2006) nachgelesen werden. Die Einsicht soll kurz erwähnt werden, dass sie dem von Lenz

(2014) erwähnten Krankheitsverständnis gleicht. Die Initiative wird zusammengefasst genannt werden, da dieser Faktor in der bisherigen Arbeit noch keine Beachtung gefunden hat. Initiative würde sich über das spielerische Erforschen der Umwelt aufbauen. Dadurch würden die Kinder den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung entdecken. Dies würde seine Selbstwirksamkeitserwartung stärken. Daher gelte es diese Eigeninitiative des Kindes zu loben und zu verstärken (vgl.: Lenz 2014, S. 58). Diesen Zuspruch finden Kindern in ihren Familien kaum. Daher bräuchten Kinder Personen, die ihnen das Gefühl vermitteln, dass es in Ordnung ist, wie sie handeln, fühlen und denken. Eine wichtige Erfahrung sei es zu wissen, dass sie auch Fehler machen dürfen ohne, dass sich die anderen von ihnen abwenden würden. Die Fähigkeit zeigt sich bei Jugendlichen darin, dass sie Aufgaben zielstrebig erledigen und sie sich begeistern können schwierige Aufgaben zu lösen (vgl.: ebd.). Auch dieses Modell macht deutlich, wie unterschiedlich die letztendliche Entwicklung von risikobelasteten Kindern sein kann. So viele Faktoren beeinflussen den Bewältigungs- und Anpassungsprozess des Kindes und spielen bei dem Umgang mit der Situation beziehungsweise den möglichen Folgen eine signifikante Rolle.

Als Resümee der bisherigen Arbeit kann festgehalten werden, dass Kinder aus alkoholbelastenden Familien vielerlei Risikofaktoren ausgesetzt sind. Die Suchtkrankheit allein bringt oftmals viele zusätzliche Probleme mit sich, die ebenfalls als Belastungen angesehen werden können und die kindliche Entwicklung negativ prägen. Dem gegenüber steht im Fokus dieser Arbeit das Resilienzkonzept. Ein gewiss komplexes Konzept, dass allein in dem Verständnis der Charakteristika und der Wirkungsmechanismen nicht wirklich greifbar ist. Und dennoch haben die Studien viele Risikofaktoren ebenso wie Schutzfaktoren herausfinden können, die es ermöglichen das Zusammenwirken dieser Einflussbereiche besser zu verstehen. Nur durch dieses Verständnis können präventive Maßnahmen ergriffen werden, um den Kindern Kompetenzen und Strategien mit auf den Weg zu geben, um selbstständig mit herausfordernden Lebenssituationen umzugehen und sie konstruktiv ist Resilienz zu bewältigen. Meines Erachtens ist Resilienz, wie Werner es beschrieben hat, als Endprodukt von Pufferungsprozessen anzusehen, welches die Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren die bei einer Bewältigung beteiligt sind, bereits beinhaltet. Denn aus diesem Prozess kann die Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit und somit als erworbene Eigenschaft entstehen. Es wurden bisher das Krankheitsbild und die möglichen Auswirkungen auf die Familie und die kindliche Entwicklung dargelegt. Auch Resilienz als Begriff ebenso wie das dahinter stehende Konzept wurden ausführlich erläutert und miteinander in Verbindung gebracht. Nun fehlt allerdings noch das Feld der Förderung in der pädagogischen

Praxis. Wie können Kinder in diesen Lebenssituationen unterstützt werden seitens der Kindertageseinrichtung? Wie kann Resilienz gefördert werden? Und ist mit der Resilienzförderung schon wirklich alles getan?

Kapitel 4: Kinder in ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit fördern: Umsetzung in der Kindertagesrichtung

Um die Resilienz bei Kindern zu fördern, muss das Kind im Kontext seiner Lebenssituation gesehen werden. Somit müssen Familie, Institutionen, Gemeinwesen, aber auch die Gesellschaft im Allgemeinen miteinbezogen werden. Denn alle Menschen, die ein Kind in seiner Entwicklung begleiten - Eltern, Lehrer oder pädagogische Fachkräfte - seien für die Förderung von Resilienz unabdingbar (vgl.: Grotberg 2011, S. 53). Hier kommen die Kindertagesstätten und die pädagogischen Fachkräfte ins Spiel. Frühe Bildung würde die Kinder dahingehend unterstützen, die für Resilienz wichtigen Kompetenzen aufzubauen (vgl.: Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 70). Im Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan wird Resilienz unter den Basiskompetenzen aufgeführt. Dieser wird im Laufe der restlichen Arbeit als Praxisbeispiel herangezogen werden. In Baden- Württemberg werden Resilienz beziehungsweise personale Fähigkeiten zwar erwähnt, finden aber keinen gesonderten Platz (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2010, S. 7). Dies verdeutlicht, wie unterschiedlich der Fokus auf die Förderung von Resilienz gelegt wird. Ob Resilienz als solches direkt zu fördern ist, bleibt jedoch fraglich, da der Faktor Resilienz sich nicht messen lasse. Er sei dynamisch und situativ, also ein Konstrukt, welches in sich schon wenig stabil und erst recht nicht klar zu diagnostizieren sei (vgl.: Fingerle 2011, S. 216). Dennoch können die Kompetenzen gestärkt werden, welche die Entwicklung von Resilienz begünstigen und auch sonst als entwicklungsunterstützende Ressourcen anzusehen sind.

4.1 Präventionsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen

In der Kindertageseinrichtung können die Resilienzfaktoren gefördert werden. Es sei zudem bedeutsam die Motivation der Kinder gegenüber Herausforderungen zu stärken (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 71). Kinder sollten in diesem Zusammenhang erkennen, dass sie selbst eine *bedeutende, aktive Rolle* bei der Bewältigung von Stress- und Problemsituationen hätten. Dazu müssten sie allerdings lernen, ihre eigenen Ressourcen richtig wahrzunehmen und diese situationsentsprechend einzusetzen, ebenso wie sich selbstständig Hilfe zu holen (vgl.: ebd.).

4.1.1 Wichtige Präventionsformen und Ziele im Zusammenhang mit Resilienz

Kurz zum Präventionsgedanken an sich. Der Terminus Prävention stammt aus dem lateinischen und kommt von dem Wort „Praevenire“ was „zuvorkommen“ bedeutet (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 57). Ziel der Prävention ist es daher, durch gezielte Maßnahmen unerwünschte Zustände, wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, zu verringern oder gar zu verhindern (vgl.: ebd.). Der Ausgangspunkt von negativen Folgen auf belastende Lebenssituationen würde in der Kindheit liegen. Daher sei es wichtig vorbeugende Maßnahmen so früh wie möglich zu treffen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 59). Die Prävention wird unter anderem hinsichtlich des *Zeitfaktors*, wann Maßnahmen zum Tragen kommen, unterschieden. Hier gäbe es die „*primäre Prävention*“, die verhindern soll, dass eine Störung überhaupt auftritt. Die „*sekundäre Prävention*“, habe das Ziel, die Auswirkungen einer bereits bestehenden Störung zu verringern und den ursprünglichen Zustand des Wohlbefindens des Kindes wieder zu erreichen (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 71). Die „*tertiäre Prävention*“ meine die Vermeidung von schwerwiegenden Folgen oder auch Rückfällen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 57).

Die zentralen Ziele der Prävention lassen sich in Bezug auf die Resilienz in der Vermeidung von Risikoeinflüssen und der Erhöhung von Schutz- und Resilienzfaktoren zusammenfassen. Im Einzelnen seien dies, situative Bedingungen und die kognitiven Bewertungsprozesse des Kindes zu verändern, die kindlichen Kompetenzen zu fördern, soziale Ressourcen in der kindlichen Umwelt zu steigern, sei es in der Familie, der Kindertageseinrichtung oder auch im Makrokontext. Ebenso solle das Vermindern von Risikoeinflüssen und negativen Folgeerscheinungen ein Ziel sein. Interpersonelle Prozesse sollen in ihrer Qualität verbessert werden, wie beispielsweise die Bindungs- und Erziehungsqualität (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 122). Die genannten Ziele sollten demnach auch im Fokus der Resilienzförderung liegen. Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan fasst die Dauer, Intensität und Beginn der Prävention prägnant zusammen. Präventive Ansätze, die breit angelegt seien, wären am effektivsten, wenn also Kind und die Familie im Fokus der Maßnahmen stehen. Zusätzliche Unterstützungssysteme würden diese positive Entwicklung zudem verstärken. Ebenso sei es besonders wichtig, so früh wie möglich Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeschäden einzusetzen (vgl.: Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 72). Was nochmals die Wichtigkeit der Bildungsinstitution Kindertagesstätte hervorhebt. Im Zusammenhang der genannten Ziele der Prävention und somit Resilienzförderung ergeben sich insgesamt drei Strategien.

4.1.1.1 Drei Schlüsselstrategien der Prävention

Zum einen gibt es die *Risiko-zentrierte Strategie*. Hier ist das Ziel, die negativen Einflüsse zu minimieren und im besten Fall das Auftreten gänzlich zu verhindern (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 123). Die *Ressourcen-zentrierte Strategie*, verfolgt das Ziel die Wirksamkeit bereits vorhandener Ressourcen der Kinder zu stärken und zu fördern, somit die sozialen wie auch personellen Ressourcen zu erhöhen, was ebenfalls die Bezugspersonen wie Eltern und pädagogische Fachkräfte mit einschließt. Hier seien Elterntrainings oder gezielte Fortbildungen für die Fachkräfte gemeint (vgl.: ebd.). Die dritte Strategie ist die *Prozess-zentrierte Strategie*. Hier sollen grundsätzliche protektive Prozesse, wie Bindungssysteme, das Bewältigungsmotivationssystem oder auch Selbstregulation, die für die Kompetenzentwicklung der Kinder von großer Bedeutung sind, in ihre Entwicklung mit eingebunden werden (vgl.: ebd.). Dies seien Präventionsprogramme, welche unter anderem die Eltern-Kind-Bindung fördern. In der Umsetzung weisen diese Strategien ein umfassendes Präventionskonzept auf. Im Bayrischen Bildungs- und Erziehungsplan steht dazu,

„Tageseinrichtungen können frühzeitig- bevor Probleme auftreten- sowie lang andauernd, intensiv und umfassend Kinder für die konstruktive Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben stärken.“ (Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 73).

Weiter heißt es, dass die Kindertageseinrichtung im Sinne der primären sowie sekundären Prävention fast alle Kinder, auch die mit erhöhtem Entwicklungsrisiko, erreichen könne. Dieser direkte und systematische Zugang zu einer so großen Kinderzahl müsse genutzt werden, um positive und schützende Rahmen sowie Bezugspersonen zu schaffen, damit Kinder förderliche Beziehungen außerhalb der Familie aufbauen könnten (vgl.: ebd.).

4.2 Kindertageseinrichtungen als Schutzfaktor

Wie wichtig stabile Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung sind, wurde in dieser Arbeit mehrfach betont. Es wurde ebenso deutlich, dass gerade Kinder aus alkoholbelasteten Familien sich schützende Orte und Personen suchen, die ihnen den Halt geben, den sie zu Hause oft vermissen. Die Kindertageseinrichtung kann so einen Ort der Zuflucht für diese Kinder darstellen. Sie sind oft viele Stunden am Tag in diesen Einrichtungen und lernen Menschen kennen, denen sie vertrauen können. Die Kindertageseinrichtung an sich kann als Schutzfaktor außerhalb der Familie gesehen werden. Wustmann Seiler (2015) zeigt zusammengefasst auf, was eine Bildungsinstitution zu einem wichtigen Schutzfaktor für belastete Kinder macht. Hier würden Kinder neben ihrer Familie einen Ort finden, der ihnen klare und transparente sowie beständige Regeln und Strukturen bietet. Es würde ein Klima der Wärme, des

Respektes, der Akzeptanz und der Wertschätzung dem Kind gegenüber herrschen. Ein hoher und für die Kinder ansprechender Leistungsstandard würde hier geboten werden. Die Kinder werden also herausgefordert sich immer wieder neu zu entdecken, ihre Kompetenzen zu erweitern und zu vertiefen. Die Kinder würden in ihren Leistungsanstrengungen positiv verstärkt werden. Sie können in diesen Institutionen zudem Freundschaften schließen und positive Beziehungen mit anderen eingehen. Weiterhin werden die Zusammenarbeit mit den Eltern als Schutzfaktor der Kindertageseinrichtung genannt, ebenso wie das Fördern von Basiskompetenzen wie Resilienz (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 116). Die sechs übergeordneten Resilienzfaktoren sollen hier zur Vertiefung nochmals genannt werden. Der Faktor *soziale Kompetenzen*, wie beispielsweise Konflikte klären, aber auch Hilfe holen und Umgang mit Stress, indem die Kinder vorhandene Ressourcen in diesen Situationen realisieren und nutzen können, gehören hier dazu. Auch die Selbststeuerung stellt einen Resilienzfaktor dar. Dies meine die eigenen Gefühle und Erregung regulieren zu können. Des Weiteren werden Problemlösefähigkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung genannt, was eine angemessene Selbsteinschätzung und Informationsverarbeitung meine sowie die Selbstwirksamkeit also die Überzeugung Aufgaben bewältigen zu können (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2010, S. 22). Die Aufgabe der Fachkraft sei es demnach, das Kind in diesen Eigenschaften zu fördern. Sie sollten den Kindern Orientierung und Handlungsweisen ermöglichen, damit sie besser mit ihren Lebensbedingungen umgehen können (vgl.: ebd. S. 23).

4.2.1 Resilienzförderung im Kindergartenalltag

Um die Eigenschaften für Resilienz im Kind zu fördern, gibt es viele strukturierte Programme. Jedoch wird Resilienz oftmals durch den Kita-Alltag an sich bereits gefördert. Im Bayrischen Bildungs- und Erziehungsplan ist die Kindertageseinrichtung als kontextuelle Ebene angegeben. Hier seien resilienzfördernde Bedingungen zu schaffen (vgl.: Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 81). Es solle auf die Individualisierung ebenso wie die innere Differenzierung des pädagogischen Angebots geachtet werden (vgl.: ebd.). Wustmann Seiler (2015) benennt zwei aus der Resilienzforschung heraus ergebende Ausgangspunkte für die Resilienzförderung. Dies sei zum einen auf der *individuellen Ebene*. Dies meine die direkte Förderung der Resilienzkompetenzen beim Kind. Als zweiten Ausgangspunkt nennt sie die *Beziehungsebene*, welches indirekt über die Interaktions- beziehungsweise Erziehungsqualität geschehen würde. In diesem zweiten Falle müssten die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden (vgl.: ebd. S. 125). Auch im Bayrischen Bildungs- und Erziehungsplan sind diese beiden Ebenen als Präventionsebenen benannt. Die Kinder sollten demnach an gesunde Lebensweisen herangeführt werden.

Dies bedeute in der Praxis, dass die Kinder in ihrem Bewusstsein für Bewegung, Ernährung sowie das Nutzen von Entspannungsphasen geschärft werden sollten (vgl.: Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 75). Auch das Heranführen an effektive Bewältigungsstrategien zähle hier dazu. Es solle dem Kind mit der Zeit ein Repertoire an effektiven Strategien zur Verfügung stehen, welches ihm helfe je nach Situation passend zu reagieren (vgl.: ebd. S. 76). Der nächste Förderansatz sei auf der Beziehungsebene. Jede Fachkraft könne durch ihr pädagogisches Handeln dazu beitragen, dass Kinder Vertrauen in ihre eigenen Kräfte und Fähigkeiten gewinnen würden. Auch das sich das Kind als wertvoll erlebe und durch sein eigenes Handeln Dinge verändern könne, sei wichtig (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 133). Wustmann Seiler führt, ebenso wie der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan, unterstützende Interaktionen seitens der Erwachsenen auf, welche die Resilienz des Kindes fördern sollen. Die Fachkraft solle dem Kind helfen, positive Beziehungen zu anderen aufzubauen. Dies helfe die Kontaktfähigkeit und die soziale Perspektivenübernahme des Kindes zu fördern. Sie sollten dem Kind fürsorglich, unterstützend und einfühlsam entgegentreten und es bedingungslos akzeptieren und wertschätzen. Dies steigere das Selbstwertgefühl des Kindes und gibt das existenzielle Gefühl von Geborgenheit (vgl.: Bayerisches Staatsministerium 2012, S. 79). Kinder müssten des Weiteren in Entscheidungsprozesse integriert werden. Dies fördere die Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung des Kindes. Ein weiteres Beispiel wäre das Kind nicht vor Anforderungssituationen zu bewahren, da es durch die Konfrontation seine Problemlösefähigkeit und das Mobilisieren von sozialer Unterstützung üben könne (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 135). Weitere Beispiele sind in Wustmann Seiler (2015) nachzulesen.

4.2.2 Zusammenarbeit mit Eltern: Elternkompetenzen stärken

Die Instanz der Kindertageseinrichtungen hat die Möglichkeit Kinder sowie Eltern frühzeitig zu erreichen. Aus diesem Grund soll auch die Erziehungspartnerschaft zwischen pädagogischen Fachkräften und den Eltern genutzt werden, um die Eltern beziehungsweise die Familie des Kindes zu stützen. Denn wie bereits durch die Studien belegt wurde, ist die Familie ein wichtiger Faktor für die kindliche Entwicklung, die großen schützenden Einfluss haben kann. Hierbei sollen die Eltern durch die pädagogischen Fachkräfte unterstützt werden. Da für Eltern der Gang in eine Kindertageseinrichtung mit ihrem Kind sehr niederschwellig sei, könnten vielerlei Familien unterschiedlichster Schichten und Kulturen erreicht werden. Innerhalb dieser Institution könnten sie mit sensiblen Themen und Fragen in der Erziehung aufgefangen werden (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 127). Jedoch muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Einflussnahme der Erziehungskompetenzen seitens der

pädagogischen Fachkraft auch klare Grenzen habe (vgl.: Fröhlich-Gildhoff et al. 2012, S. 130). Dennoch können ein transparenter Einblick in den Kita-Alltag sowie Angebote oder auch entsprechende Elternabende zu bestimmten Themen die Eltern sensibilisieren. Dies sei nicht als Belehrung, sondern viel mehr als ein gemeinsames Nachdenken anzusehen. Pädagogische Fachkräfte könnten Eltern dahingehend unterstützen, dass sie ihnen einen Rahmen anbieten, innerhalb dessen sie Informationen erhalten und auch neue Erfahrungen sammeln könnten. Sie könnten als Ansprechpartner in Erziehungsfragen dienen. Hierbei sei allerdings die pädagogische Haltung ein wichtiger Indikator (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau- Böse 2010, S. 66ff.). Auch ein persönliches Ansprechen der Eltern würde Interesse für ihre Anliegen verdeutlichen und dadurch die Beziehung zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften stärken (vgl. ebd. S. 69). Ebenso sei das Weiterleiten von Informationen oder der Verweis auf Programme oder andere Behörden ein Weg die Erziehungskompetenzen der Eltern zu unterstützen. Familienzentren sind hinsichtlich der Beratung und Unterstützung im Erziehungsprozess besonders gute Anlaufstellen. Sie nutzen die Niederschwelligkeit ihrer Institution um ihre Eltern zusätzlich durch pädagogische Angebote im Erziehungsprozess zu unterstützen. Eltern-Kind-Nachmittage oder Gesprächskreise unter der Leitung externer Fachleute werden hier zusätzlich angeboten. Die Intensität der Angebote unterscheidet dabei die Kindertageseinrichtung von einem Familienzentrum. Hier steht nicht nur das Kind, sondern die gesamte Familie im Zentrum der Institution. Weitere ausführliche Möglichkeiten der pädagogischen Fachkraft können in Fröhlich-Gildhoff & Rönnau Böse (2010) oder auch Wustmann Seiler (2015) nachgelesen werden. Zuletzt muss noch erwähnt werden, dass die pädagogische Fachkraft speziell auch für belastete Eltern als Modell dienen kann, wie altersentsprechend und entwicklungsfördernd mit Kindern umgegangen werden kann (vgl.: Wustmann 2011, S. 353).

4.3 Leitfaden der Resilienzförderung nach Grotberg 1995

Warum es wichtig ist sich mit dem Thema Resilienz auseinanderzusetzen macht Grotberg deutlich. Resilienz helfe Kindern sich Notsituationen zu stellen und sie zu überwinden und dadurch gestärkt heraus zu treten (vgl.: Grotberg 2011, S. 54). Um solche Situationen zu überstehen, benötigten sie liebende Unterstützung und den Glauben an sich selbst und ihre Welt. Das alles würde Resilienz erzeugen (vgl.: Grotberg 2011 S, 55.). Die drei Quellen der Resilienz nach Grotberg sollen hier, wenn auch nur prägnant, erwähnt werden. Denn diese drei Quellen, „Ich habe“, „Ich bin“, „Ich kann“, können ebenso für die Förderung von Resilienz angesehen werden. Ein Kind benötige zwar nicht alle diese Gewissheiten, jedoch sei eine zu wenig um resilient zu sein (vgl.: Grotberg 2011, S. 56).

Unter der Quelle „Ich habe“ gehöre die Gewissheit, dass es Menschen gäbe, die das Kind lieben und denen es trauen könne: „Ich habe Menschen, die möchten, dass ich lerne, selbstständig zu werden.“ (Grotberg 2011, S. 56). Das Kind hat also Menschen in seinem Umfeld, welche es unterstützen, an es glauben und es beschützen. Ein resilientes Kind sage: „Ich bin bereit für das, was ich tue, Verantwortung zu übernehmen.“ (Grotberg 2011, S. 56). Weiterhin seien die Kinder sicher, dass alles gut gehen würde und sie bereit seien, zu anderen freundlich zu sein und ihnen zu zeigen, dass sie ihnen wichtig wären (vgl.: ebd.). Die letzte Quelle ist nach Grotberg „Ich kann“ beispielsweise „Lösungen finden für die Probleme, die ich habe“ (ebd.). Das Kind kennt somit seine Ressourcen, die es nutzen kann. Auch der Glaube an sich selbst Dinge einzuschätzen und entsprechend zu reagieren, zählen hier dazu (vgl.: ebd.) Kinder in diesen Leitsätzen „ich habe, ich bin, ich kann“, zu fördern und ihnen das Gefühl zu vermitteln, gut zu sein, einen Rahmen zu schaffen sich innerhalb dessen auszuprobieren und sich weiter zu entwickeln, kann durch die Fachkraft unterstützt und Resilienz somit gefördert werden.

Durch die aufgezeigten Studien wurde belegt, wie wichtig fürsorgliche Personen außerhalb der Familie für Kinder in belasteten Familien sind. Von ihnen gehe eine entscheidende Kompensationsfunktion aus (vgl.: Wustmann Seiler 2015, S. 114). Des Weiteren würden sie auf die große Bedeutung von positiver Peer-Interaktionen, einem wertschätzenden Klima und der Förderung von Basiskompetenzen beziehungsweise Resilienzfaktoren in den Kindertageseinrichtungen verweisen (vgl.: ebd.).

Resilienz ist allerdings kein Patentrezept. Aber man könne Resilienz fördern. Durch Zeit und Fürsorge ebenso wie eine gesicherte Vertrauensgrundlagen zu schaffen und die Kinder anzuhalten Eigeninitiative zu zeigen und dadurch Kompetenzen zu entwickeln die Hoffnung geben (vgl.: Werner 2011, S. 44f.). Dies alles kann in Kindertageseinrichtung geschehen und ist als wichtige Aufgabe von Fachkräften anzusehen.

4.4 Vorstellung verschiedener Präventionskonzepte

Hier rückt die selektive Prävention ins Zentrum. Im Fokus stehen hier besondere Gruppen, die speziell mit psychischen, biologischen oder sozialen Risikofaktoren konfrontiert seien, beispielsweise Kinder psychisch kranker Eltern. Diese Präventionsziele auf die Vermeidung und Verringerung dieser speziellen Risikofaktoren beziehungsweise Bedingungen ab (vgl.: Aichinger 2011, S. 23). Es gibt vielerlei Präventionsformen, Konzepte und Maßnahmen, jedoch können nicht alle genannt werden. Daher beschränkt sich diese Arbeit auf die bisher genannten und verweist an dieser Stelle auf Aichinger (2011), Wustmann Seiler (2015) sowie Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse (2014). Diese Präventionskonzepte laufen nun nicht mehr im Alltag,

durch die Förderung einzelner personaler oder sozialer Ressourcen der Kinder ab. Sie geschehen innerhalb eines Rahmens mit einer Zielgruppe und Gruppenteilnehmern. Die wenigsten Präventionsprogramme würden allerdings die Förderung von Resilienz ausdrücklich als Ziel aufführen. Sie beschränkten sich auf einzelne Faktoren, wie Stressbewältigung oder auch die Förderung von sozialer Kompetenzen (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2010, S. 46f.). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zehn Lebenskompetenzen auch „life skills“ (ebd. S. 46) 1994 definiert und empfiehlt diese als Grundlage für Präventionsprogramme. Diese Kompetenzen würden sich in den genannten Resilienzfaktoren widerspiegeln. Aus diesem Grund stehen im Fokus der Resilienzförderung nicht nur einzelne Faktoren, sondern viel mehr personale und soziale Schutzfaktoren (vgl.: ebd. S. 46). Vorteil dieser Programme sei die Handlungsorientierung. Sie würde die Umsetzung erleichtern und biete kompakte Anregungen zur Förderung. Zudem würden es für die Kinder eine besondere Erfahrung darstellen intensiv mit einer Kleingruppe an einem Thema zu arbeiten (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2010, S. 47). Um die Resilienz zu fördern, genüge es nicht nur das Programm strikt durchzuführen, es müsste auch an die Lebenswelt der Kinder angeknüpft werden. Weiterhin bedeute dies, dass die Förderung auf unterschiedlichen Ebenen geschehen müsse und die Eltern sowie auch das nähere Umfeld des Kindes mit einschließe (vgl.: ebd.). In Deutschland gebe es derzeit drei evaluierte Präventionsprogramme, die das Vorschulalter abdecken. Diese sind „Papilo“, hier sollen sozial-emotionale Kompetenzen im Alter von drei bis sechs Jahren gefördert werden. Bei diesem Programm werden auch die Eltern durch themenbezogene Elternabende integriert und können anhand der zur Verfügung gestellten Materialien Elemente zu Hause weiter führen (vgl.: ebd. S. 48). Ein etwas bekannteres Programm ist „EFFEKT- Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kindertraining“. Hier sei das Ziel die sozialen Problemlösefähigkeiten und Kompetenzen der Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren zu stärken. Weiter würden auch die Eltern in ihren Erziehungsfragen unterstützt werden und zudem die Eltern-Kind-Beziehung verbessern (vgl.: ebd.). Auch das Präventionsprogramm „Kinder stärken“ stellt ein multidimensionales Resilienzprogramm dar. Dieses Programm enthält vier Bausteine. Diese sind die Arbeit mit den pädagogischen Fachkräften, Resilienzförderung durch „PRiK“ (Prävention und Resilienzförderung in der Kindertagesstätte), somit ein Kurs speziell für die Kinder. Ein weiterer Baustein ist die Arbeit mit den Eltern und die Einbeziehung des Netzwerkes um die Kindertagesstätte (vgl.: Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2010, S. 49). Dieses Programm zeige eine positive Resonanz bei allen Zielgruppen. Es ist ein Beispiel, wie Resilienzförderung in Kitas aufgebaut und gleichzeitig eine Verknüpfung im Alltag erfolgen könne (vgl.: ebd.) Der Kinderkurs

„PRiK“ ist für Kinder zwischen vier bis sechs Jahren geeignet und solle alle Kinder der Einrichtung in den sechs Resilienzfaktoren des Programmes stärken. Das Manual diene als roter Faden, der es jedoch zulasse, sich an den Bedürfnissen der Kindergruppe zu orientieren. Die Kinder würden in Gruppen gleichen Entwicklungsstandes aufgeteilt werden. Dieses Programm ist vertiefend in Friedrich-Gildhoff & Rönnau-Böse (2010) und Fröhlich-Gildhoff et al. (2012) nachzulesen. Da ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit auf Kindern mit suchtkranken Eltern liegt, soll nun ein kurzer Einblick in ein Präventionsprogramm speziell für diese Kinder gegeben werden. Das vorzustellende Programm „*ECHT STARK!*“ kann jedoch nur in kürze und in groben Zügen aufgezeigt werden. Alle weiteren Informationen sowie Arbeitsmaterialien können in Schulze et al. (2014) gefunden werden.

4.4.1 „ECHT STARK!- ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern“

Dieses handlungsorientierte und ressourcenaktivierende Konzept wurde auf Basis von Ergebnissen der Risiko- und Resilienzforschung entwickelt (vgl.: Schulze et al. 2014, S. 14). Innerhalb dieses Gruppenangebotes würden die Kinder eine altersgerechte Wissensvermittlung über die Krankheit ihrer Eltern erhalten sowie den Austausch über die damit verbunden kindlichen Gefühle ermöglicht bekommen. Zusätzlich haben die Kinder die Möglichkeit ihre eigenen Stärken zu entdecken und in der Gruppe soziale Fähigkeiten zu trainieren (vgl. ebd.). Die altersgerechte Wissensvermittlung solle den Kindern helfen, Schuld- und Schamgefühle abzubauen. Zudem solle das Erleben innerhalb der Gruppe den Kindern zeigen, dass sie mit ihrer speziellen Situation nicht alleine seien (vgl.: ebd.) Das Programm eignet sich für Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren. Ein altersangepasstes Programm gibt es dann ebenfalls für die Jugendlichen zwischen dreizehn und siebzehn Jahren. Eine geschlossene Gruppe besteht aus sechs bis acht Kindern, die einen ähnlichen kognitiven sowie allgemeinen Entwicklungsstand aufweisen (vgl. ebd.). Das Gruppenklima solle durch einen wertschätzenden und offenen Kommunikationsstil und zusätzlich genügend Raum für Spontanität geprägt sein (vgl.: ebd.) Dieses Manual bezieht auch die Eltern der Kinder mit ein. Hier solle eine Elterngruppe dazu dienen, über den derzeitigen Stand der Kindergruppe zu informieren und mit den Gruppenleitern individuelle Fragen auszutauschen. Die Eltern sollen zusätzlich Tipps im Umgang mit dem möglicherweise neuen Verhalten der Kindern erhalten. Das Programm besteht aus insgesamt zehn Modulen. Diese werden der Reihe nach aufgezählt. Die Inhalte der Bausteine müssen jedoch aufgrund des Umfanges in Schulze et al. (2014) nachgelesen werden. Das Programm besteht aus insgesamt zehn Modulen, die von den Kindern durchlaufen werden. Inhalt dieser Module sind unter anderem das Öffnen

innerhalb der Gruppe, das Klären von Fragen der Kinder über die Krankheit der Eltern, das Wahrnehmen und Teilen der eigenen Gefühle, der Umgang mit Konfliktsituationen sowie das Stärken der Ressourcen der Kinder. Auch die Eltern werden in diesem Programm integriert. Ein Familiengespräch steht am Anfang des Programmes sowie zwei Informationsabende, die Fragen der Eltern und den derzeitigen Stand der Kindergruppe klären. Auch die Eltern-Kind-Interaktion ist Inhalt eines Moduls der Kinder und kann mit den Eltern innerhalb dieser Informationsabende thematisiert werden. Die Kinder können bei Bedarf dieses Programm auch mehr als einmal durchlaufen (vgl.: Schulze et al. 2014, S. 15f.). Eine signifikante Grundvoraussetzung stelle zudem die Krankheitseinsicht, sowie das Teilnehmen an den Elterninformationen seitens des erkrankten Elternteiles dar. Sei dies aufgrund der Art oder der Schwere der Krankheit nicht durchgängig möglich sein, so sollte dieser Elternteil bei Notfällen von vertrauten Personen des Kindes vertreten werden (vgl.: Schulze et al. 2014, S. 16). Es ist ebenso bedeutend, dass die Kinder von dem erkrankten Elternteil die explizite Erlaubnis bekommen, über die Krankheit und die damit verbundenen Gefühle innerhalb der Gruppe und auch zu Hause sprechen zu dürfen (vgl. ebd.). Denn nur dann können die Kinder beginnen mit der Krankheit des Elternteils aktiv umzugehen und dies zu verarbeiten.

Es ist wichtig als Fachkraft entsprechende Hilfsprogramme für unterschiedliche Lebenssituationen der Kinder zu kennen oder zumindest zu wissen, wo Informationen zu finden sind. Denn in manchen Situationen können pädagogische Fachkräfte mit ihrer Arbeit nicht mehr weiterhelfen und müssen an entsprechende Stellen verweisen können. Kurz zu erwähnen ist an dieser Stelle auch das „*Trampolin*“ Manual für Kinder speziell aus suchtbelastenden Familien. Auch dieses Programm richtet sich an Kinder im Alter zwischen acht und zwölf Jahren. Auch dieses Konzept holt die Eltern mit ins Boot und versucht so, die Inhalte des Programms in die Familie zu übertragen. Weitere Informationen darüber sind im Internet oder im Programmheft zu finden (vgl.: Klein; Thomasius, o.J.). Es wurde bereits dargelegt, dass alle Familienmitglieder von der Suchterkrankung des Elternteils oder des Partners betroffen sind. Aus diesem Grund könne das Familiensystem auch nur dann wieder funktionieren, beziehungsweise gesund werden, wenn alle Familienmitglieder auf Dauer geheilt seien. Denn durch das Ungleichgewicht können psychische, physische und soziale Auswirkungen auf alle Mitglieder der Familie lasten (vgl.: Bertling 1993, S. 52). Zu vermuten ist jedoch, dass sich Kinder suchtkranker Eltern zumeist nicht in passenden Hilfsprogrammen befinden. Sie sind in Kindergärten, Schulen und Jugendhäusern, wie die meisten der anderen Kinder. Jedoch ist dieses Fachpersonal nicht ausreichend geschult, um auf die Bedürfnisse solcher Kinder passend einzugehen (vgl.: Seifert 2003, S. 14). Genau aus

diesem Grund ist es wichtig, schützende Faktoren, welche die Resilienzforschungen belegt haben, soweit wie möglich zu fördern und im Kindergartenalltag zu integrieren. Die kleinen Dinge im Alltag wie Wertschätzung, Geborgenheit, Akzeptanz und Unterstützung seitens der Fachkraft können bei diesen Kindern bereits viel bewirken. Die aufgeführten Möglichkeiten der Förderung im Alltag sowie spezielle Präventionsprogramme, dienen hier als groben Einblick in das breite Themenfeld der Prävention und Resilienzförderung. Abschließend ist festzuhalten, dass die Kindertageseinrichtung keine fachspezifische Beratungsstelle sei und die Fachkräfte auch keine Therapeuten darstellen, sie seien Wegbegleiter der Kinder und der Familien, daher sei die Abgrenzung wichtig. Es stellt jedoch die Aufgabe des pädagogischen Fachpersonals dar, Hilfsangebote zu benennen und aufzuzeigen oder an entsprechende Stellen zu verweisen, wenn die spezielle Förderung der Kinder und Familien die Aufgabenbereiche der Fachkraft übersteigen. (vgl.: Seifert 2003, S. 29).

Kapitel 5: Abschließende Worte

Als Resümee dieser Arbeit muss festgehalten werden, dass die Alkoholabhängigkeit eine psychische Störung darstellt, unter der nicht nur die konsumierende Person, sondern die gesamte Familie leidet. Kinder sind besonders von den negativen Einflüssen dieser Krankheit des Elternteiles betroffen. Auch wenn die konsumierende Substanz legal, in unserer Gesellschaft akzeptiert und tief verankert ist, macht es die Sucht nicht weniger dramatisch. Die alkoholabhängige Person kann aufgrund ihrer Sucht nicht klar Denken und zeigt auch deshalb ein ambivalentes Verhalten, welches für Kinder besonders schwer zu verstehen ist. Kinder erleben ihre Eltern meist in unterschiedlichen Stadien und Phasen dieser Suchterkrankung. Dies allein stellt bereits einen großen Risikofaktor dar. Diese Kinder sind in der Regel anderen familiären Bedingungen ausgeliefert als ihre Altersgenossen. Die Familienatmosphäre ist häufig negativ geprägt und kann mit mangelnder Förderung sowie Vernachlässigung einhergehen. Kinder stehen hier häufig vor Aufgaben, die sie überfordern. Dabei treten deutlich häufigere Trennungen und Scheidungserfahrungen auf. Auch finanzielle Probleme und Arbeitslosigkeit gehören oft zum Alltag. Um sich vor diesen Auswirkungen zu schützen, nehmen Kinder Rollenmodelle ein, die ihnen helfen mit der Situation besser umzugehen. Diese Sozialisationsbedingungen sind jedoch sehr ungünstig und stellen eine gesunde Entwicklung in Frage. Viele Kinder leiden aufgrund der familiären Situation unter Konzentrationsschwäche, fallen durch aggressives Verhalten oder Rückzug auf. Und dennoch gibt es Kinder, die mit ähnlichen Lebenssituationen aufwachsen und keine negativen Folgen davon tragen-

die innerlich stark sind, den negativen Einflüssen widerstehen und kompetenter aus diesen Belastungssituationen heraustreten als zuvor.

Hier kommt die psychische Widerstandsfähigkeit - die Resilienz ins Spiel. Ein Begriff, der häufig verwendet, jedoch oft nicht in dem nötigen Zusammenhang gesehen wird. Resilienz, als Oberbegriff für ein komplexes Konzept.

Resilienz zeigt sich erst dann, wenn Menschen mit Krisen in ihrem Leben konfrontiert werden und diese kompetent bewältigen, während andere in denselben Situationen negative Folgen davon tragen. Ein Oberbegriff für entwicklungsfördernde Schutzfaktoren im Kind, die ihre Wirkung erst im Prozess entfalten. Denn Resilienz stellt ein Endprodukt von Pufferungsprozessen dar, indem die vorhandenen Schutzfaktoren die Risikofaktoren abmildern und Kinder gestärkt heraustreten. Was beeinflusst Kinder positiv? Es sind vor allem Menschen, die ihnen Geborgenheit, das Gefühl gut zu sein, Liebe und Unterstützung bieten. Dies können Menschen innerhalb und außerhalb der Familie sein. Studien belegen, dass sich Kinder alkoholkranker Eltern schützende Orte und Personen suchen, zu denen sie eine positive Bindung aufbauen können. Dies stellt die Basis für eine gesunde kindliche Entwicklung und den zentralsten Schutzfaktor für Kinder dar. Durch Interaktion mit diesen Menschen bauen Kinder ihre personalen Fähigkeiten aus, auf die sie in problembehafteten Situationen zurückgreifen können. Unter anderem werden Resilienzfaktoren ausgebaut, die auch generell als entwicklungsfördernde Eigenschaften anzusehen sind. Das Schwierige an Resilienz ist die Tatsache, dass sie von vielen Faktoren abhängig und somit multidimensional ist. Es ist eine Eigenschaft, die sich nicht messen lässt und ebenso wenig ein Leben lang zur Verfügung steht. Resilienz ist situativ. Somit kann nie wirklich gesagt werden, ob Kinder resilient sind, oder nicht. Was nützt eine Eigenschaft, wenn sie nicht immer zur Verfügung steht? Eine Frage die diese Arbeit nicht mehr beantworten kann. Es gibt also auch Grenzen des Resilienzkonzeptes.

Die Bedingung, dass Schutzfaktoren nur dann wirken können, wenn sie zeitlich vor der Belastung auftreten ist eine Voraussetzung, damit Schutzfaktoren überhaupt wirken können. Dies würde bedeuten, dass die negative Situation voll zum Tragen kommen würde, wenn die Schutzfaktoren nicht vorzeitig vorhanden wären. Hier wird das Zusammenwirken von Schutz- und Risikofaktoren deutlich. Das Scheitern an Krisen lässt sich ebenso wenig wie resilientes Verhalten vorhersagen. Denn dies hängt vom Kind selbst ab. Das Kind bringt bereits Einiges mit in diese Welt, wie eine höhere oder niedrige Vulnerabilität- oder beispielsweise ein positives Temperament. Dies sind primäre kindbezogene Faktoren, die ebenfalls im Positiven oder Negativen großen Einfluss auf die Entwicklung nehmen. Genau diese individuelle Persönlichkeit ist entscheidend, wie ein Kind seine Situation wahrnimmt, beurteilt und letztendlich damit

umgeht. Dies stellt ein signifikanter Faktor für die positive Bewältigung negativer Lebensumstände dar. Somit ist Resilienz keine Allzweckwaffe, aber die Faktoren, die für Resilienz wichtig sind, können gefördert werden.

Warum diese Thematik für den Elementarbereich so wichtig ist, wird immer dann deutlich, wenn von dem sozialen Umfeld des Kindes die Rede ist. Die Kindertageseinrichtung dient mit ihren Strukturen, Angeboten und dem Personal als wichtiger Schutzfaktor. Denn die Zahl der Kinder die mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben ist hoch. Knapp drei Millionen Kinder sind betroffen. Kinder, die unter anderem in Kindertageseinrichtungen sind und somit auf uns pädagogische Fachkräfte treffen.

Die Kindertageseinrichtung erreicht viele Familien aller Kulturen und Schichten. Unter diesen Bedingungen gilt es kompensatorisch zu wirken, Kinder aufzufangen und ihnen, neben der Familie, Halt zu geben. Die Resilienzforschung hat viele Anhaltspunkte für die Förderung wichtiger Schutz- und Resilienzfaktoren geliefert, die es nun in der Praxis umzusetzen gilt. Dies müssen sich pädagogische Fachkräfte immer wieder bewusst machen. Alles was sie im pädagogischen Alltag tun, wie sie Kindern und ihren Familien begegnen, welche Haltung sie einnehmen hat bedeutenden Einfluss auf das Kind und seine Entwicklung. Um Kinder alkoholkranker Eltern helfen zu können, reicht das Fördern von Resilienzfaktoren allein nicht aus. Dies ist eine Problematik, die die gesamte Familie betrifft und mit Hilfe von Fachstellen gelöst werden muss. Aber sie kann den Kindern dennoch helfen, diese Lebensumstände besser zu bewältigen.

Als Fazit dieser Arbeit ist daher in Bezug auf die Kindertageseinrichtung festzuhalten, dass es eine signifikante Aufgabe der pädagogischen Fachkraft darstellt, Kinder in den für Resilienz wichtigen Kompetenzen zu fördern. Sie zu unterstützen ihre Resilienzkraft in herausfordernden Situationen zu mobilisieren und als Schutzfaktor für die Kinder konstant zu sein. Damit Kinder aus negativ belastenden Familien eine gute Chance haben weiterhin gesund zu sein, müssen sie ihre aktive Rolle Herausforderungen gegenüber anerkennen und nutzen.

Deshalb ist die psychische Widerstandsfähigkeit eine bedeutende Eigenschaft für die Bewältigung von krisenbehafteten Lebenssituationen und kann auch Kindern mit alkoholkranken Eltern helfen, psychisch gesund aus diesem Familienumfeld hervorzutreten.

Kapitel 6: Abbildungsverzeichnis

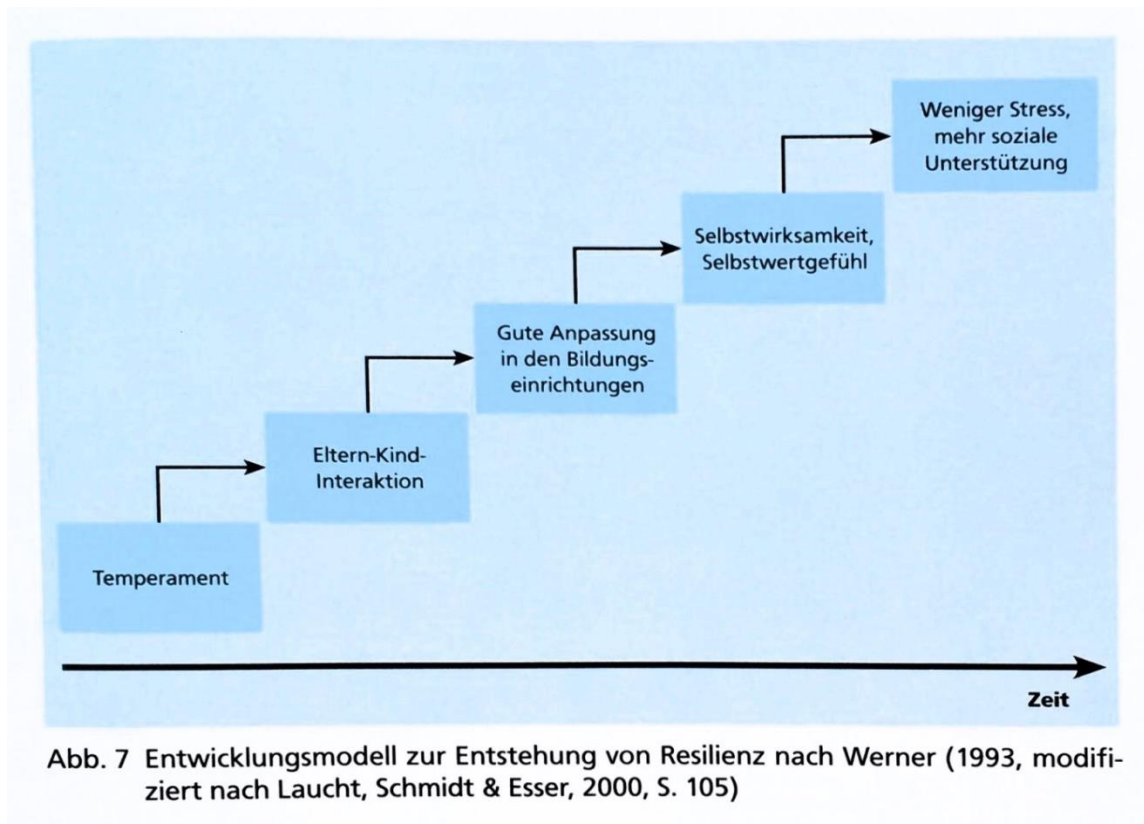
Abbildung 1: kindliche Rollenmodelle von alkoholbelastenden Familien

Die Rollenmodelle im Überblick

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungs- bewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon Der Übererwachsene Der Distanzierte Der Unverletzte	Chamäleon	

(Zobel 2006, S. 29)

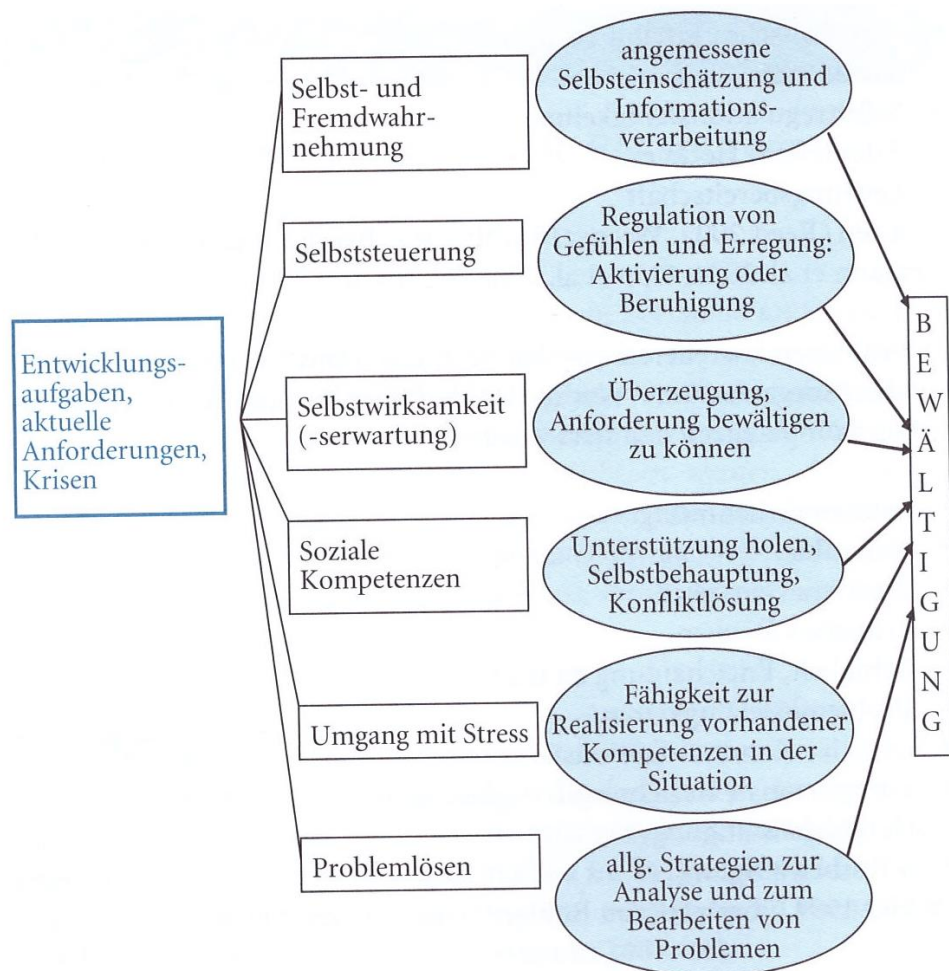
Abbildung 2: Entwicklungsmodell zur Entstehung von Resilienz nach Werner



(Wustmann Seiler 2015, S. 119)

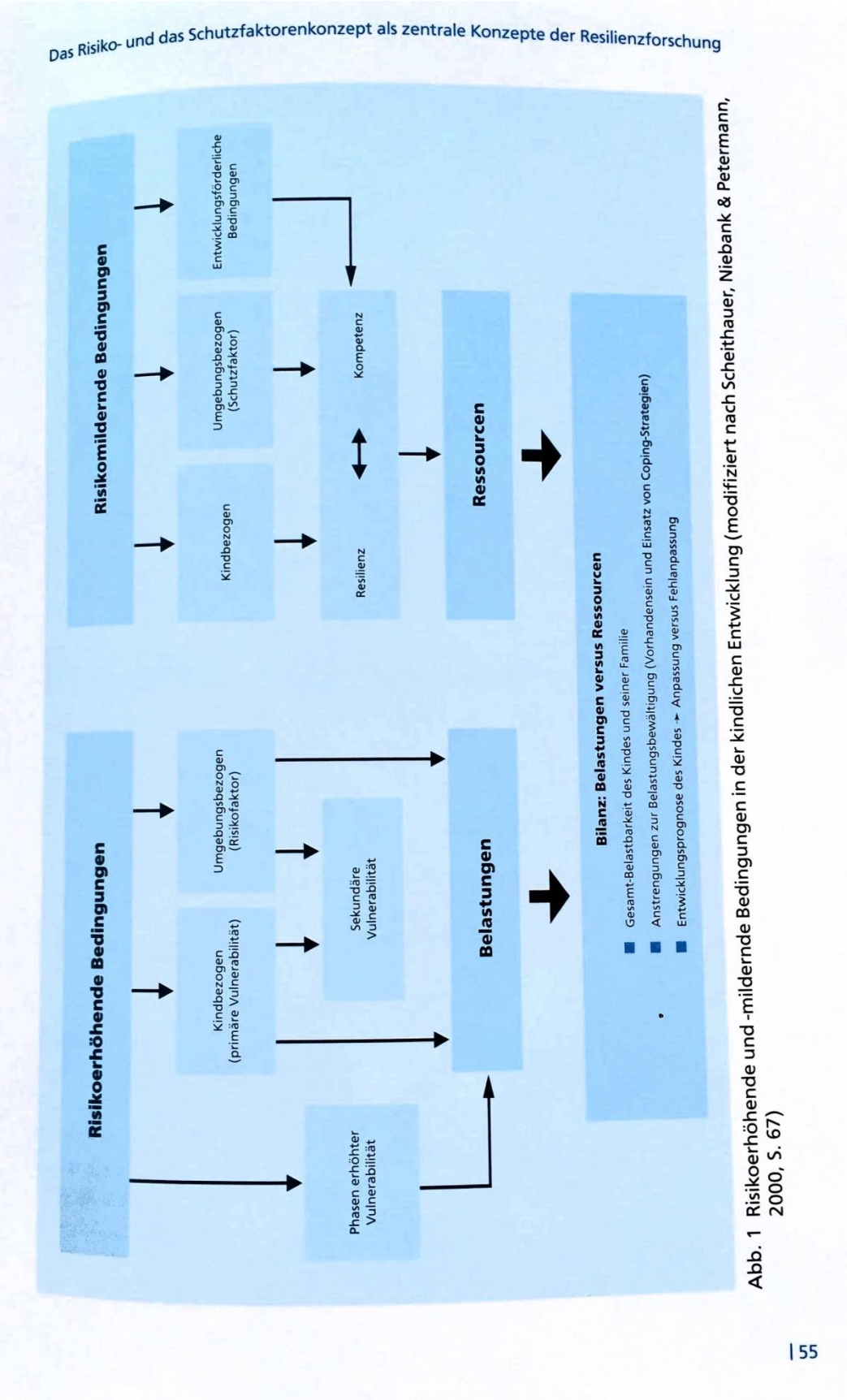
Abbildung 3: Resilienzfaktoren

42 Resilienzfaktoren – personale Ressourcen



(Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014, S. 42)

Abbildung 4: Risiko- und Schutzfaktorenkonzept



(Wustmann Seiler 2015, S. 55)

Abbildung 5: Rahmenmodell von Resilienz nach Kumpfer

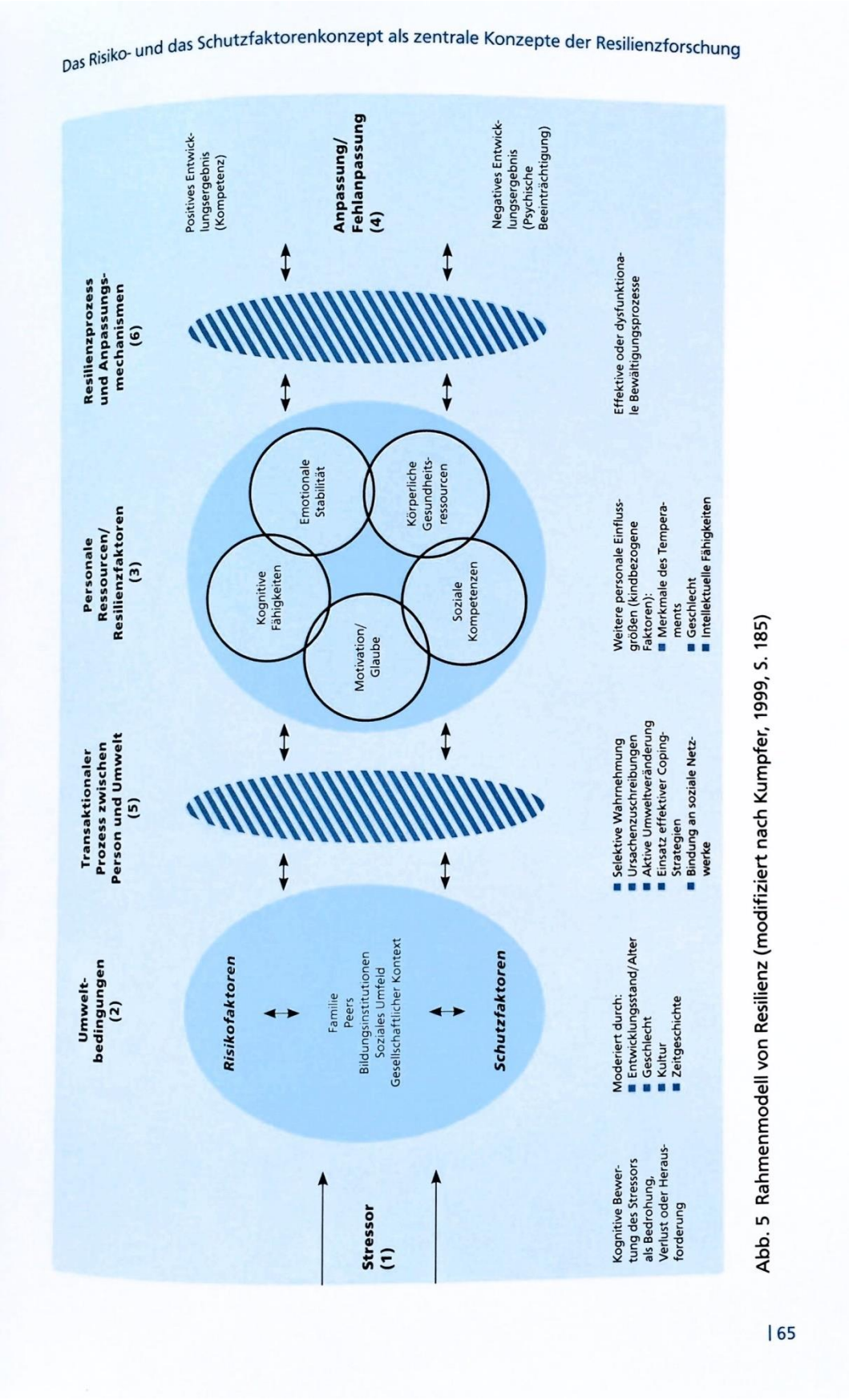
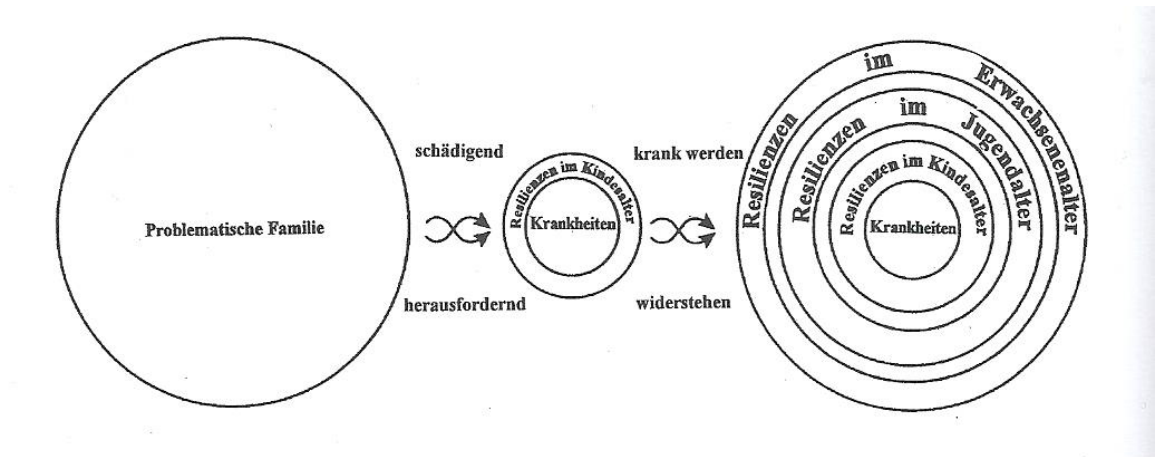


Abb. 5 Rahmenmodell von Resilienz (modifiziert nach Kumpfer, 1999, S. 185)

Abbildung 6: Challenge Modell (Wollin & Wollin)



(Zobel 2006, S. 56)

Abbildung 7:

Die sieben Resilienzen und ihre Entwicklung über die Lebensspanne
(Wolin & Wolin, 1995, 1996)

	Kind	Jugendlicher	Erwachsener
Einsicht	Empfinden	Wissen	Verstehen
Unabhängigkeit	Sich lösen	Sich befreien	Getrennt leben
Beziehungsfähigkeit	Bindungen aufbauen	Andere Elternfiguren/Freunde werben	Bindungen eingehen
Initiative	Erforschen	Arbeiten	Erschaffen
Kreativität	Spielen	Formen	Entwerfen
Humor	Spielen	Formen	Lachen
Moral	Urteilen	Bewerten	Dienen

(Zobel 2006, S. 57)

Kapitel 7: Literaturverzeichnis

7.1 Bücher

Ahnert, Lieselotte (Hrsg.) (2008): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2., aktualisierte Auflage. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag. München.

Aichinger, Alfons (2011): Resilienzförderung mit Kindern. Kinderpsychodrama. Band 2. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Bauer, Ullrich; Reinisch, Anke; Schmuhl, Miriam (Hrsg.) (2012): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Springer VS. Wiesbaden.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; Staatsinstitut für Frühpädagogik München (Hrsg.) (2012): Bayrischer Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung. 5., erweiterte Auflage. Cornelsen Verlag. Berlin.

Bengel, Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke; Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Band 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Bertling, Agnes Annette (1993): Wenn Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Verlag Mona Bögner-Kaufmann. Berlin.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2014): Jahrbuch Sucht 2014. Pabst Science Publishers. Lengerich.

Dilling, Horst et al. (Hrsg.) (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Fingerle, Michael (2011): Resilienz deuten- Schlussfolgerungen für die Prävention. In: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 208-218.

Frick, Jürgen (2011): Was uns antreibt und bewegt. Entwicklungen besser verstehen, begleiten und beeinflussen. Verlag Hans Huber, Hofgere AG. Bern.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönna-Böse, Maike (2010): Resilienzförderung im Kita-Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht. Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Dörner, Tina; Rönna-Böse, Maike (2012): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen- PRIK. Ein Förderprogramm. 2., überarbeitete Auflage. Ernst Reimhardt, GmbH & Co KG, Verlag. München.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Becker, Jutta; Fischer, Sibylle (Hrsg.) (2012): Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönna-Böse, Maike (2014): Resilienz. 3., aktualisierte Auflage. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag. München.

Gaschler, Katja; Buchheim, Anna (Hrsg.) (2012): Kinder brauchen Nähe. Sichere Bindungen aufbauen und erhalten. Schattauer GmbH, Stuttgart. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH. Heidelberg.

Gebauer, Thomas (2015): Resilienz: das missverstandene Konzept. In: Psychologie Heute. 11., Ausgabe. Julius Beltz GmbH & Co. KG Weinheim. S. 58-63.

Grotberg, H. Edith; (2011): Anleitung zur Förderung von Resilienz von Kindern. In: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 51-101.

Hinze, Klaus; Jost, Annemarie (Hrsg.) (2006): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Lambertus- Verlag. Freiburg im Breisgau.

Kaschta, Christine (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Angemessene Unterstützungsformen unter dem Blickwinkel der Resilienzforschung. VDM Verlag Dr. Müller. Saarbrücken.

Kähni, Jürgen (2003): Gruppenarbeit und Resilienzentwicklung. In: Mayer, Reinhardt (Hrsg.) (2003): Wirklich?!- Niemals Alkohol?!- Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. 1. Auflage. Eigenverlag. Balingen. S. 118-139.

Laucht, Manfred; Esser, Günter; Schmidt, H. Martin (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungspsychiatrie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 29., Vol. No. 4. Hofgare Verlag. Göttingen.

Lenz, Albert (2012): Basiswissen: Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Psychiatrie Verlag GmbH. Köln.

Lenz, Albert; Brockmann, Eva (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Hofgere Verlag GmbH & Co. KG. Göttingen.

Lenz, Albert (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hofgere Verlag GmbH & Co. KG. Göttingen.

Lohaus, Arnold; Vierhaus, Marc (2013): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Lesen, Hören, Lernen im Web. 2., überarbeitete Auflage. Springer- Verlag. Berlin Heidelberg.

Lösel, Friedrich; Bender, Doris (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, Günther; Fingerle, Michael (Hrsg.) (2008): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3., Auflage. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag. München.

Mayer, Reinhardt (Hrsg.)(2003): Problemlagen von Eltern aus Familien Suchtkranker. In: Wirklich?!- Niemals Alkohol?!- Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. 1. Auflage. Eigenverlag. Balingen. S. 52-75.

Müßigbrodt, Heidi; Kleinschmidt, Silke; Schürmann, Angela; Freyberger J. Harald; Dilling, Horst (2014): Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V(F) der ICD-10. 5., vollständig überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der ICD-10-GM. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Ripke, Marita; Bruder, Klaus-Jürgen (Hrsg.) (2003): Ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig. Eine qualitative Studie über Töchter alkoholkranker Eltern. Psychosozial- Verlag. Gießen.

Sarimski, Klaus (2013): Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Grundlagen und frühe Interventionen. Hogrefe Verlag GmbH&Co.KG. Göttingen.

Schulze M.E. Ulrike; Kliegl, Katrin; Mauser, Christine; Rapp, Marianne; Allroggen, Marc; Fegert M. Jörg (2014): ECHT STARK!. Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern. Springer- Verlag Berlin Heidelberg.

Seifert, Thomas (2003): Förderung von Kindern suchtkranker Eltern. In: Mayer, Reinhardt (Hrsg.) (2003): Wirklich?!- Niemals Alkohol?! . Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. 1. Auflage. Eigenverlag. Balingen. S. 11-38.

Stascheit, Ulrich (Hrsg.) (2013): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 23. Auflage. Fachhochschulverlag. Frankfurt am Main.

Welter-Enderlin, Rosmarie; Hildebrand, Bruno (Hrsg.) (2012): Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände. 4., Auflage. Carl-Auer Verlag GmbH. Heidelberg.

Werner, E. Emmy; Smith, S. Ruth (2001): Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience, and Recovery. Cornell University. New York.

Werner, E. Emmy (2006): Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen - und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlin, Rosmarie; Hildebrand, Bruno (Hrsg.) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer-Systeme. Heidelberg.

Werner E. Emmy; (2011): Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 32-46.

Wieland, Norbert; (2011): Resilienz und Resilienzförderung- eine begriffliche Systematisierung. In: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 180-207.

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2., Auflage. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.

Wustmann, Corina (2011): Resilienz in der Frühpädagogik – Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 350-359.

Wustmann Seiler, Corina; Fethenakis E. Wassilios (Hrsg.) (2015): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 5., Auflage. Cornelsen Schulverlage GmbH. Berlin.

Zobel, Martin; Prof. Dr. Petermann, Franz (Hrsg.) (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und – chancen. Klinische Kinderpsychologie Band 2. 2., überarbeitete Auflage. Hofgare Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen.

7.2 Internet Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (2015), Online: Alkohol: Situation in Deutschland.

URL: <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html>

(aufgerufen am 26.11.15 um 15:51 Uhr).

Bundesministerium für Gesundheit (2015), Online: Hilfe für Kinder Suchtkranker Eltern.

URL: <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2013-02/hilfe-fuer-kinder-suchtkranker-eltern.html>

(aufgerufen am 26.11.15 um 16:33 Uhr).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), Online: Alkohol- Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 1. Online.
URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_1_Alkohol.pdf

(aufgerufen am: 26.11.15 um 11:40 Uhr).

Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (o.J.), Online: Kinderrechte in Deutschland. Vom Grundgesetz bis zum Kinder- und Jugendhilfegesetz. Online.
URL: <http://www.kinderrechte.de/kinderrechte/die-gesetzlichen-regelungen-in-deutschland/>

(abgerufen am 1.12.15 um 12: 18 Uhr).

Klein, Michael / Bundeszentrale für politische Bildung (2008), Online: Alkoholsucht und Familie - Kinder in suchtbelasteten Familien.
URL: <http://www.bpb.de/apuz/31101/alkoholsucht-und-familie-kinder-in-suchtbelasteten-familien>

(aufgerufen am 26.11.15 um 16:30 Uhr).

Klein, Michael (o.J.), Online: Kinder suchtkranker Eltern- Eine Risikosituation für Entwicklung und Gesundheit.
URL: http://www.encare.de/content/documents/KinderSuchtkrankerEltern_Risikosituation_KLEIN.pdf

(abgerufen am 30.11.15 um 14:38 Uhr).

Klein, Michael; Thomasius, Rainer (o.J.), Online: Trampolin.
URL: <http://www.projekt-trampolin.de/#/e-i/9>

(abgerufen am 27.12.15 um 14:45 Uhr).

Kreuzbund (BGS Hamm) (2015), Online: Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige. Das Suchtproblem in Deutschland.
URL: <http://www.kreuzbund.de/de/das-suchtproblem-in-deutschland.html>

(abgerufen am 1. 12.15 um 10:11 Uhr).

Mielke, Henning/ NACOA Deutschland- Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. (o.J.), Online: Kinder in alkoholkranken Familien.
URL: <http://www.nacoa.de/images/stories/pdfs/kinder-in-alkoholkranken-familien.pdf>

(aufgerufen am 26.11.15 um 16:41 Uhr).

Schau hin! (o.J.), Online: Was Dein Kind mit Medien macht.
URL: <http://www.schau-hin.info/extrathemen/kinderrechte.html>

(abgerufen am 1.12.15 um 15:32 Uhr).

Verbindliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt habe und die angegebenen Quellen und Hilfsmittel in einem vollständigen Verzeichnis enthalten sind. Alle Stellen der Arbeit, die aus anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, gegebenenfalls auch aus elektronischen Medien, wurden eindeutig unter Angabe der Quellen als Entlehnung gekennzeichnet. Die Entlehnungen aus dem Internet können durch einen datierten Ausdruck belegt werden. Außer den genannten wurden keine Hilfsmittel verwendet. Die Richtlinien der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit Fehlverhalten in der Wissenschaft, in der gültigen Fassung, habe ich beachtet.

Ort

Datum Unterschrift